

COPRE

NOTIFICA DI INCAPACITÀ DI GUADAGNO

Impresa affiliata : N. contratto :

Dati personali dell'assicurato/a

Cognome e nome : Data di nascita :

N. AVS : Cesso : M F

Indirizzo :

Tel. privato/cellulare : Email :

Stato civile, dal : celibe/nubile sposato/a divorziato/a
 vincolato/a da un'unione domestica registrata unione domestica sciolta vedovo/a

Informazioni sull'incapacità di guadagno e la situazione professionale :

Motivo dell'incapacità lavorativa : malattia incidente

Grado e durata % dal al
..... % dal al
..... % dal al

Nome e indirizzo del medico curante :

allegare una copia dei certificati medici.

Situazione professionale :

- attività professionale esercitata prima dell'inizio dell'incapacità di guadagno: sì no
- la persona assicurata potrà riprendere la stessa attività professionale: sì no
- il contratto di lavoro è o verrà disdetto? sì no

Se sì, indicare la data di fine del contratto di lavoro:

Informazioni concernenti le assicurazioni :

assicuratore per perdita di guadagno malattia (nome e indirizzo) :

assicurazione infortuni (LAINF) (nome e indirizzo) :

Allegare copia dell'annuncio all'assicurazione perdita di guadagno e dei conteggi delle indennità giornaliere.

Luogo e data : Timbro, firma del datore di lavoro :