

# CARTOLINA PER L'INDENNITÀ GIORNALIERA

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ m f \_\_\_\_\_  
Via / No \_\_\_\_\_ NPA/Luogo \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Telefono privato \_\_\_\_\_ Telefono lavoro \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Datore di lavoro \_\_\_\_\_ Numero del contratto \_\_\_\_\_ Numero di assicurato \_\_\_\_\_

Le definizioni di genere maschile valgono anche per le persone di sesso femminile.

**Avvertenza:** Questa cartolina per l'indennità giornaliera resta in possesso del paziente per tutta la durata dell'inabilità al lavoro. Il paziente è tenuto a presentarla al medico a ogni visita. Una volta ripresa completamente l'attività lavorativa, la cartolina va riconsegnata al datore di lavoro. In caso di inabilità al lavoro prolungata, il paziente è tenuto a inviare al datore di lavoro una copia della cartolina almeno una volta al mese. Questa cartolina per l'indennità giornaliera non vale come riconoscimento di un obbligo di prestazione.

## REGISTRAZIONI DA PARTE DEL MEDICO

Malattia      Infortunio      Maternità

Data		Inabilità al lavoro		Firma del medico
della visita appena tenuta	della prossima visita	grado %	valida da	

Se è presente una gravidanza, termine previsto per il parto

Trattamento medico concluso il

Osservazioni del medico

**Timbro e firma del medico**

Da inviare tramite il datore di lavoro a:

**Atupri Assicurazione della salute, Clienti aziendali, Zieglerstrasse 29, 3001 Berna**