

Annuncio d'inabilità lavorativa all'assicurazione d'indennità giornaliera

Cognome del titolare dello studio: _____ **N. contratto:** _____
 Indirizzo dello studio (NAP incl.): _____
 Indirizzo e-mail: _____ **N. telefonico:** _____
 Persona assicurata: _____ **Data di nascita:** _____
 Indirizzo privato (NAP incl.): _____
 Genere d'attività svolta: _____ **N. AVS:** _____
 Nazionalità: _____ **N. telefonico:** _____
 Sotto sta all'imposta alla fonte? Sì No **Permesso di soggiorno:** _____ (Prego allegare una copia)

Causa dell'inabilità lavorativa (p.f. allegare i certificati medici)

Malattia: Natura: _____
 Maternità: data di nascita prevista _____
 Infortunio: Natura / Descrizione dell'infortunio: _____

Nomi e indirizzi dei medici curanti

Per i dipendenti

Entrata in servizio presso lo studio: _____

Grado d'occupazione nel mese precedente l'inabilità lavorativa _____ %

È stato sciolto il rapporto di lavoro? Sì No ➔ Se sì, per quale data? _____

Per i titolari degli studi, i docenti e gli assistenti

Attività dentistica conforme alle direttive della SSO _____ ore alla settimana

Durata dell'inabilità lavorativa

Inabilità lavorativa del _____% dal _____ al _____
 Inabilità lavorativa del _____% dal _____ al _____

L'inabilità lavorativa perdura tuttora? No Sì, in misura del _____ %

Salario conteggiabile lordo (secondo l'AVS, solo per dipendenti o coniugi con salario AVS)

Salario annuo Salario mensile Salario orario
 CHF _____ CHF _____ CHF _____
 x 12 x 13 x _____ ore alla settimana

Luogo di pagamento

_____ relazione postale/bancaria, filiale, n. di conto, n. di clearing, beneficiario del conto

Sono richieste prestazioni altrove per il periodo sopraccitato e/o per la stessa inabilità lavorativa?

No Sì Da chi, natura e ammontare? _____

Eventuali osservazioni: _____

_____ **Firma del/della contraente:**

Questo formulario è da inviare, completamente compilato, a Helsana Versicherungen AG, Leistungen Unternehmen, LUZ3, Postfach, 8081 Zürich.

Disposizioni particolari sulla procedura relativa al diritto alle prestazioni

1. Come viene fatto valere il diritto alle prestazioni?

Per far valere il diritto a una prestazione il/la contraente deve trasmettere a Helsana i seguenti documenti:

- a) per tutte le persone assicurate un «**Annuncio d'inabilità lavorativa**» debitamente compilato **al più tardi di 30 giorni dopo l'inizio dell'inabilità lavorativa** (anche se il periodo d'attesa non è stato raggiunto) risp. in caso di ricaduta immediatamente all'inizio di una nuova inabilità lavorativa. Si prega di allegare i relativi certificati medici;
- b) se la durata dell'inabilità lavorativa si prolunga, un nuovo annuncio d'inabilità lavorativa o il «**Certificato d'inabilità lavorativa**» spedito da Helsana con il conteggio delle prestazioni versate dovrà essere inoltrato al più tardi **10 giorni dopo la fine di ogni mese che dà diritto a delle prestazioni**. Al momento del **regolamento definitivo** del caso d'inabilità lavorativa l'annuncio deve essere inoltrato immediatamente, senza attendere la fine del mese. Ciò vale anche quando il lavoro è stato ripreso in misura superiore al 75% per i dipendenti risp. superiore al 50% per tutte le altre persone.

L'invio tardivo di documenti oppure la violazione degli obblighi di notifica può comportare una riduzione o un rifiuto del diritto alla prestazione.

2. Quando viene versata la prestazione da parte di Helsana?

La prestazione di regola viene versata al/alla contraente entro un mese dopo l'esercizio del diritto in maniera completa e nel rispetto delle scadenze.