



# visana

## AVVISO DI SINISTRO

Emesso il:  
Trattato da:  
Numero diretto:

### Assicurazione d'indennità giornaliera LCA

La preghiamo di compilare l'avviso di sinistro in ogni sua parte e di rinviarlo immediatamente a Visana Assicurazioni SA.

Persona assicurata:	Data di nascita:
Via:	Sesso (f/m):
NAP e luogo:	N° d'assicurato:
Copertura: CHF .— dal giorno CHF .— dal giorno CHF .— dal giorno	

Indicazioni sull'inabilità lavorativa (IL)	
Inabilità lavorativa:	Inizio: _____ Presumibile durata: _____
Motivo:	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio/malattia professionale <input type="checkbox"/> maternità
Tipo di affezione:	_____
Nome e indirizzo del medico curante/ospedale:	_____ _____ _____
Ha sofferto già precedentemente della stessa malattia/delle stesse malattie? Quando?	_____
In caso affermativo: da quale medico è stata/o curata/o?	_____
<b>Voglia allegare al presente avviso i certificati/referti medici di cui già dispone.</b>	

Attività presso l'azienda	
Rapporto di lavoro dal: _____	<input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> disdetto al _____
<input type="checkbox"/> attività indipendente	<input type="checkbox"/> casalinga / casalingo
<input type="checkbox"/> disoccupata/o dal _____	<input type="checkbox"/> annunciata/o presso ADI _____
Datore di lavoro: _____	Grado d'occupazione _____ %
Professione appresa: _____	
Breve descrizione dell'attuale attività professionale: _____ _____	
Ripartizione percentuale dell'attività:	% in piedi    % variata    fisicamente: <input type="checkbox"/> leggera <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> pesante % seduta    % amministrativa



# visana

## AVVISO DI SINISTRO

L'attività sollecita:  la schiena?  le spalle?  entrambi?  nessun carico su schiena/spalle

Devono essere sollevati regolarmente pesi oltre 10 kg?  no  sì < ca. volte al giorno

**Domande aggiuntive per persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente:**

È stato impiegato personale ausiliario?  no  sì

In caso negativo: chi si occupa dei lavori che vanno svolti?

La sua attività dipende dalla stagione?  no  sì

### Altre assicurazioni

Per questo caso sussiste un diritto a prestazioni presso altre assicurazioni/casse-malati?  sì  no

In caso affermativo: presso quale assicurazione/cassa-malati? \_\_\_\_\_

Percepisce prestazioni dall'assicurazione contro la disoccupazione?  sì  no

Percepisce prestazioni dall'assicurazione maternità (LIPG)?  sì  no

AVS n.: \_\_\_\_\_

Se vengono percepite prestazioni da altre assicurazioni, prego allegare una copia dei conteggi.

### Imposta alla fonte

Assoggettamento all'imposta alla fonte?  sì  no In caso affermativo, AVS n.: \_\_\_\_\_

ZAR n.: \_\_\_\_\_ Comune di domicilio: \_\_\_\_\_ Cantone: \_\_\_\_\_

Con la sua firma autorizza Visana Services SA a richiedere tutte le informazioni necessarie ai medici che la curano o l'hanno curata in passato e a prendere visione degli atti di altre assicurazioni incl. le assicurazioni sociali (AI/LAINF) e di altre casse-malati. Inoltre **si dichiara d'accordo col fatto che** la Visana corrisponde prestazioni solo con riserva di compensazione con le eventuali prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità e che il pagamento successivo di AVS/AI/IPG venga corrisposto direttamente a Visana fino all'importo delle prestazioni anticipate, garantite per lo stesso periodo (diritto di rimborso diretto).

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Tel. per richieste

\_\_\_\_\_  
Firma della persona assicurata o  
del suo rappresentante legale



## SCHEDA DI CONTROLLO PER L'INABILITÀ LAVORATIVA

Ausgestellt am:  
Bearbeitet durch:  
Direktwahl:

Persona assicurata:	Data di nascita:
Via:	Sesso (f/m):
NAP e luogo:	N° d'assicurato:
Copertura: CHF .— dal giorno CHF .— dal giorno CHF .— dal giorno	

### Indicazioni per la persona assicurata

La scheda di controllo resta in possesso della persona assicurata e deve essere presentata al medico per la registrazione dell'incapacità lavorativa.

In generale, la scheda di controllo deve essere presentata al medico ad ogni visita per la conferma dell'incapacità lavorativa. In caso di ripresa del lavoro o in caso d'incapacità lavorativa di lunga durata, la scheda di controllo deve essere trasmessa **mensilmente** alla Visana Services SA per il conteggio delle prestazioni.

**Al termine dell'incapacità lavorativa**, la scheda di controllo deve essere spedita alla Visana Services SA.

### Annotazioni del medico curante

Data della consultazione		Incapacità lavorativa		Firma del medico	Data della consultazione		Incapacità lavorativa		Firma del medico
prossima	effettuata	grado %	valido dal		prossima	effettuata	grado %	valido dal	

Data della conclusione del trattamento medico \_\_\_\_\_

Ripresa dell'attività lavorativa al 100% il \_\_\_\_\_

**Timbro del medico**