



07.2009

(Ogni incapacità lavorativa deve essere dichiarata nel termine di 30 giorni a HOTELA)

STIPULANTE D'ASSICURAZIONE

N° di affiliato :
 Impresa :
 Persona responsabile :
 Via :
 CP / Località :
 N° telefono :
 E-Mail :

PERSONA ASSICURATA

N° AVS :
 Cognome :
 Nome :
 Via :
 CP / Località :
 N° telefono :
 E-Mail :
 Data di nascita :

INDIRIZZO BANCARIO O CCP PER IL PAGAMENTO

Nome della banca :
 Indirizzo :
 Clearing :
 Titolare del conto :
 N° IBAN :
 CCP :

Data d'ingaggio nell'impresa :
 Attività professionale :
 Nazionalità : Stato civile :
 Permessi di lavoro (per stranieri) :
 B C F G L N
 Validità : dal al
 Contratto denunciato dal :

Lavoro regolare Lavoro irregolare Orari di lavoro della persona assicurata : giorni/settimana ore/settimana
 Percentuale dell'attività della persona assicurata : %

SALARIO

Salario lordo
 Assegno di rincarato
 Corda (al compito) / Commissione
 Assegni per figli e familiari
 Indennità per vacanze / giorni festivi
 Altri assegni
 Gratificazione / 13° mensilità

ORA	GIORNO	MESE	ANNO

Grazie di allegare le ultime 6 buste paghe.

Natura della malattia ?
 Si tratta di una gravidanza ? No Si Previsto per il

Nome, cognome ed indirizzo del medico curante

Percentuale e durata dell'incapacità lavorativa % dal al
 Ripresa del lavoro il Previsto il

La persona assicurata ha già diritto ad una prestazione di un'altra assicurazione (indennità giornaliera o rendita) ? No Si

Se sì, quale ?

Data : **Timbro e firma del stipulante d'assicurazione :**