



La preghiamo di inviarcì la documentazione tramite il nostro sito web <https://www.clpnet.com/customer/homechi>, per posta o via fax

## Dichiarazione del medico curante per inabilità al lavoro

### 1. Informazioni sulla persona assicurata

Signora  Signor

Nome  Data di nascita

Cognome

### 2. Informazioni sull'inabilità al lavoro della persona assicurata

1) Da quando la persona assicurata è un Suo paziente?

2) Da quale patologia è causata l'inabilità al lavoro (diagnosi precisa)?

3 a) Quando è subentrata la patologia?

b) Quando è subentrata l'inabilità al lavoro del 100%?

4) Quando la persona assicurata è venuta a conoscenza per la prima volta della diagnosi?

5) Quando si prevede che sia possibile riprendere a lavorare?

6 a) Quali altri medici hanno trattato la persona assicurata in relazione a questa patologia?

Nome

Via

CAP/Luogo

b) In quale periodo?

Dal

Al

7) Anamnesi della patologia

8 a) Sono state effettuate radiografie o una tomografia a risonanza magnetica nucleare?  sì  no

b) Se sì, quando?

8 a) La persona assicurata era stata già trattata o aveva già consultato altri medici per la patologia attuale o per una patologia/condizioni preesistenti ad essa correlate?  sì  no

b) Sì sì, quando?

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

9 a) La persona assicurata è in condizione, dal punto di vista della salute, di intraprendere un'altra attività lavorativa corrispondente alla Sua formazione e al Suo standard di vita attuale?

sì  no

b) Se sì, quando?

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| G | G | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

10 a) L'inabilità al lavoro è riconducibile a lesioni autoinflitte o a un tentativo di suicidio, una normale gravidanza, un abuso di farmaci e droghe, problemi psichici, depressione, mal di schiena o infezione da HIV?

sì  no

b) Se sì, fornire informazioni dettagliate:

11 a) È a conoscenza di altri fattori che possono influire sulla guarigione?

sì  no

b) Se sì, quali?

### Da compilarsi solo se l'inabilità al lavoro è stata causata da un incidente:

12 a) Di che tipo di incidente si tratta?

Incidente stradale  Incidente durante il tempo libero  
 Incidente sul lavoro

b) La persona assicurata è stata sottoposta a test alcolemico?

sì  no

c) Se sì, quando?

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| G | G | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

### Da compilarsi solo se l'inabilità al lavoro è correlata ad una malattia psichica:

13 a) La persona assicurata è sottoposta a trattamento psichiatrico?

sì  no

b) Se sì, presso quali medici?

Nome

Via

CAP/Luogo

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

**Luogo, data**

**X**

\_\_\_\_\_

**Firma del medico e timbro dell'ambulatorio**

**X**

\_\_\_\_\_

**Numero di telefono del medico**

**X**

\_\_\_\_\_

**Avviso importante: eventuali costi derivanti dalla compilazione di questo modulo di notifica di sinistro, sono a carico della persona assicurata e sono da mettere in conto dalla stessa.**

