



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

## Dichiarazione del medico di famiglia per inabilità al lavoro

### 1. Informazioni sulla persona assicurata

Signora  Signor

Nome

Cognome

Data di nascita 

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

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

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

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

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

3 a) Quando è subentrata la patologia? 

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

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

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

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

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

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

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

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

Nome

Via

CAP/Luogo 

--	--	--	--	--	--	--	--

b) In quale periodo?

Dal 

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

Al 

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

7) Anamnesi della patologia

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

b) Se sì, quando? 

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

9 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) Si sì, quando? 

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



10 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
---	---	---	---	---	---	---	---

11 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:

12 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:**

13 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:**

14 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.**