

# Assicurazione militare

## Certificato di malattia e d'infortunio LAM

# suva

N. di assicurato: \_\_\_\_\_

<b>Assicurato:</b>	N. di assicurazione sociale: _____	Data di nascita / Sesso: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cognome: _____	Nome: _____	E-mail: _____
Via e n.: _____	NPA: _____	Domicilio: _____
<b>Impresa:</b>	Nome: _____	
	Via, NPA località: _____	
	Attività principale: _____	Grado di occupazione: _____ %

### Attestazione del medico (incapacità al lavoro dovuta a un'affezione coperta dall'assicurazione militare)

<b>Diagnosi:</b>	Tipo: _____	Codice: _____
_____		

Data della consultazione	Grado	se capacità parziale al lavoro	Incapacità al lavoro dal - al	Osservazioni
_____	% cioè	h/giorno al %	-	
_____	% cioè	h/giorno al %	-	
_____	% cioè	h/giorno al %	-	
_____	% cioè	h/giorno al %	-	

Durata presumibile dell'incapacità al lavoro: \_\_\_\_\_ settimane

La cura medica è terminata il: \_\_\_\_\_

### Indicazioni inerenti l'abilità lavorativa dell'assicurato, nella misura in cui l'inabilità lavorativa perdura oltre 8 sett.

1. Durante il periodo di **capacità lavorativa ridotta** l'assicurato **non può svolgere** le attività seguenti:2. Per contro, l'assicurato **può svolgere** le attività seguenti:3. Una **capacità lavorativa parziale non è esigibile** perché:

**Osservazione** Nella misura in cui l'inabilità lavorativa perdura al di là di 8 settimane, l'assicurazione militare sottoporrà al medico curante una descrizione del posto di lavoro dell'assicurato.

### Vogliate pf inviare il formulario all'assicurazione militare dopo ogni consultazione.

<b>Medico curante:</b>	Nome: _____	
	Via: _____	GLN.: _____
	NPA località: _____	RCC: _____
	E-mail: _____	Telefono: _____

**Osservazioni:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del medico: \_\_\_\_\_

superfluo per invio elettronico

#### Invio elettronico

Il bottone «**Inviare i dati**» permette l'invio elettronico dei dati alla Assicurazione militare.