



Ulteriore annuncio d'indennità giornaliera

LaMal

LCA

Nome, cognome e indirizzo

No. ass.
No. archivio
Data di nasc.
No. telefono
E-Mail

Egregio assicurato,
Gentile assicurata,

Ha fatto valere le prestazioni diarie. Se esiste ancora un'inabilità lavorativa La preghiamo di osservare i punti seguenti:

- ➔ Questo formulario rimane durante il periodo di guarigione nelle Sue mani. Una copia del formulario è da spedire mensilmente al seguente indirizzo: **Agrisano, Laurstrasse 10, 5201 Brugg**
- ➔ L'originale è da spedire all'Agrisano solo dopo la fine dell'incapacità lavorativa o quando tutte le righe sono esaurite. Grazie per la Sua disponibilità.

Grado d'inabilità al lavoro in % (da compilare dal medico/dall'ospedale)

%	dal	al	Data	Timbro/firma medico	Prossima consultazione

Osservazioni

