

## Richiesta di esonero dai contributi / inoltro di documenti

In caso di incapacità lavorativa pari ad **almeno il 40%**, l'esonero subentra dopo un periodo di 6 mesi.

**N. membro**

**Impresa:**

**Dati dell'assicurato:**

Nome, cognome: \_\_\_\_\_ ,

N. AVS: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

NPA, luogo: \_\_\_\_\_

Ultimo guadagno assicurato AVS (prima della malattia/dell'infortunio): CHF \_\_\_\_\_

### Indicazioni sull'incapacità lavorativa

Percentuale di incapacità lavorativa: \_\_\_\_\_ %

Malattia/infortunio annunciata/o alla

Cassa malati

Suva

AI

**Malattia**

**Infortunio**

Inabile al lavoro da:

Data dell'infortunio:

Cassa malati:

Indirizzo:

NPA, luogo

**Allegati:**

- Scheda indennità giornaliera
- Conteggio indennità giornaliera malattia
- Conteggio finale cassa malati
- Copia certificato medico
- Copia modulo annuncio AI
- Copia modulo AI per il datore di lavoro
- Copia decisione AI

**Allegati:**

- Notifica di infortunio
- Conteggio indennità giornaliera Suva
- Conteggio finale indennità giornaliera Suva
- Decisione Suva
- Copia modulo annuncio AI
- Copia modulo AI per il datore di lavoro
- Copia decisione AI

**(Se non indicato nei documenti allegati indicare p.f. il nome e l'indirizzo del medico curante)**

**Nome e indirizzo del medico curante:**

Nome, cognome: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

NPA, luogo: \_\_\_\_\_

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

Firma, timbro: \_\_\_\_\_