

N° de sinistre

Annuncio d'infortunio-bagatella LAINF

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____ _____	Tel. N.	Cliente N.
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
2. Infortunato	Cognome e nome _____	Data di nascita	N. AVS
	Via _____	Tel. N.	Nazionalità
	NPA Domicilio _____	Stato civile	
3. Impiego	Data d'entrata nell'impresa _____	Professione svolta	
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/operaio <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante		
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contrato a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contrato a tempo determinato <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto		
	Orario di lavoro dell'infortunato: _____ ore settimanale Grado di occupazione come da contratto: _____ % Orario di lavoro aziendale: _____ ore settimanale Impiego <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto		
4. Data dell'infortunio	Giorno Mese Anno Alle ore		
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. posto di lavoro, strada)		
6. Descrizione dell'infortunio	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, oggetti coinvolti, veicoli		
	Persone coinvolte: Esiste un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sconosciuto		
7. Infortunio professionale	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)		
8. Infortunio non prof.	Fino a quando ha lavorato l'infortunato per l'ultima volta nell'impresa prima dell'infortunio (giorno, data, ora)? Fino a: _____ Motivo dell'assenza: _____		
9. Lesione	Parte del corpo lesa _____	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita	
	Natura della lesione: _____		
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo	
	_____	_____	

Luogo e data

Timbro e firma

Avvertenze per il datore di lavoro

Questo annuncio d'infortunio-bagatella deve essere utilizzato nei casi in cui non esista alcuna incapacità o questa non sia superiore a tre giorni (giorno dell'infortunio e i due giorni successivi).

Eccezioni: conviene di utilizzare il formulare «Notifica d'infortunio LAINF» invece della presente annuncio d'infortunio-bagatella LAINF in caso di:

- malattia professionale
- lesione dentaria
- ricaduta

Alle domande di rimborso dovranno essere allegate le fatture già pagate e dovrà esserci comunicato qui di seguito l'indirizzo per il rimborso (conto bancario/postale).

--

Va a:

prima pagina	→	HOTELA
foglia «copia»	→	Copia per i vostri atti
foglia «farmacia»	→	Infortunato → farmacia → HOTELA



HOTELA

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

Annuncio d'infortunio-bagatella LAINF
Copia per l'impresa

Infortunio N.

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA	Tel. N.	Cliente N.
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
2. Infortunato	Cognome et nome	Data di nascita	N. AVS
	Via	Tel. N.	Nationalità
	NPA Domicilio	Stato civile	
3. Impiego	Data d'entrata nell'impresa	Professione svolta	
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/operaio <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante		
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contrato a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contrato a tempo determinato <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto		
	Orario di lavoro dell'infortunato: _____ ore settimanale		Grado di occupazione come da contratto _____ %
Orario di lavoro aziendale: _____ ore settimanale		Impiego <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto	
4. Data dell' infortunio	Giorno	Mese	Anno Alle ore
5. Luogo dell' infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. posto di lavoro, strada)		
6. Descrizione dell'infortunio	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, oggetti coinvolti, veicoli		
7. Infortunio professionale	Persone coinvolte: Esiste un rapporto di polizia: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sconosciuto Oggetti e attrezzature coinvolti (ad. es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)		
8. Infortunio non prof.	Fino a quando ha lavorato l'infortunato per l'ultima volta nell'impresa prima dell'infortunio (giorno, data, ora)? Fino a: Motivo dell'assenza:		
9. Lesione	Parte del corpo lesa: _____	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita	
10. Indirizzi dei medici	Natura della lesione:		
	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo	

Luogo e data

Timbro e firma

**HOTELA**

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

Modulo per la farmacia LAINFInfortunio N.

Impresa	Nome e indirizzo con BPA _____ _____	Tel. N.	Cliente N.	
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
Infortunato	Cognome e nome _____	Data di nascita	N. AVS	
	Via _____			
	NPA Domicilio			
Data dell' infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore

Avvertenze per l'infortunato

I medicinali prescritti dal medico le saranno consegnati gratuitamente dal farmacista, dietro consegna di questo modulo. Tutti i medicinali devono essere ritirati presso la medesima farmacia.

Avvertenze per il farmacista

La preghiamo di spedire questa nota al termine della cura medica – al massimo tre mesi dopo la data dell'infortunio – all'indirizzo di cui sopra.

Un nuovo modulo potrà essere richiesto direttamente all'assicurazione, se
– lo spazio per l'indicazione delle forniture non è sufficiente;
– dopo tre mesi sono necessari ulteriori medicinali.

Lesione	Parte del corpo lesa: _____ <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita
	Natura della lesione: _____
Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale _____
	Medico/ospedale successivo _____

Data della fornitura	Natura e quantità dei medicinali forniti	Prezzo	
		CHF	Cts.
Allegare le ricette p.f.		Total	

Data: _____

Timbro della farmacia: _____

Conto postale o N° di concordato

Copia a: Infortunato → farmacia → HOTELA