

Notifica d'infortunio LAINF

Infortunio Lesione dentaria
 Malattia prof. Ricaduta

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.	Nazionalità	
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni _____ numero <input type="checkbox"/> nessuno	
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"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto 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		
10. Incapacità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, da quando?			
	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro Superiore ad un mese <input type="checkbox"/>	Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? _____ <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> in parte		
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo	
12. Salario	CHF	all'ora	al mese	all'anno
		Salario base contrattuale incl. carovita (lordo)		
		Indennità figli/famiglia		
		Indennità vacanze/giorni festivi _____ in. % oppure		
		Gratifiche/tredicesima (e altro) _____ in. % oppure		
		Supplementi di salario (ad es. provvigione, retrib. in natura, indennità di turno)		
Genere:				
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro:			
14. Altre prestazioni	L'infortunato ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altra assicurazione infortuni obbligatoria, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, cassa disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione?			

Luogo e data

Timbro e firma

Notifica d'infortunio LAINF
Copia per l'impresa

Infortunio Lesione dantaria
 Malattia prof. Ricaduta

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 e nome	Data di nascita	N. AVS	
	Via	Tel. N.	Nazionalità	
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni _____ numero <input type="checkbox"/> nessuno	
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"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto 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. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, da quando?			
	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro Superiore ad un mese <input type="checkbox"/>		Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> in parte	
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo	
12. Salario	CHF	all'ora	al mese	all'anno
		Salario base contrattuale incl. carovita (lordo)		
		Indennità figli/famiglia		
		Indennità vacanze/giorni festivi _____ in % oppure		
		Gratification, 13 ^e mois de salaire (et suivants) _____ in % oppure		
		Supplementi di salario (ad es. provvigione, retrib. in natura, indennità di turno)		
Genere: _____				
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro:			
14. Altre prestazioni	L'infortunato ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altra assicurazione infortuni obbligatoria, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, cassa disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione?			

Luogo e data

Timbro e firma

Modulo per la farmacia LAINF

Indicare il numero dell'infortunio →

Infortunio N.

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

Avvertenze per l'infortunato

Se l'assicurazione si è assunta le spese di cura, i medicinali prescritti dal medico le verranno consegnati dal farmacista gratuitamente.

La preghiamo di ritirare tutti i medicinali dallo stesso farmacista, al quale consegnerà questo modulo. La preghiamo di indicare, o di far indicare dal farmacista, in alto a destra, il numero d'infortunio che figura su ogni nostro documento.

Nota della farmacia

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

Avvertenze per il farmacista

L'assicurazione comunica all'infortunato l'assunzione delle spese di cura. La preghiamo di richiedere in visione tale conferma – la quale vale come garanzia di pagamento anche per lei – e di riportare il numero d'infortunio indicato sul presente modulo.

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.

Può richiedere un nuovo modulo all'assicurazione – indicando il numero d'infortunio – qualora:

- lo spazio per l'indicazione delle forniture fosse esaurito;
- la fornitura di medicinali non fosse terminata dopo tre mesi dalla data dell'infortunio.

Data: _____

Timbro e della farmacia: _____

Conto postale o N° di concordato

Certificato d'infortunio LAINF

Indicare il numero
dell'infortunio →

Infortunio N.

Impresa	Nome e indirizzo con NPA	Tel. N.	Cliente N.
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
Infortunato	Cognome e nome	Data di nascita	N. AVS
	Via	Tel. N.	Nazionalità
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni _____ numero <input type="checkbox"/> nessuno
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"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto 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		
Data dell' infortunio	Giorno Mese Anno Alle ore		

Avvertenze per l'infortunato

La preghiamo di riportare il numero d'infortunio – che figura su ogni documento dell'assicurazione – sul certificato d'infortunio e sul modulo per la farmacia e d'indicarlo ogni volta che desidera un'informazione.

Questo certificato d'infortunio resta nelle sue mani per tutta la durata del trattamento medico; deve essere presentato al medico in occasione di ogni consultazione e consegnato al datore di lavoro al termine della cura. Questo certificato non costituisce riconoscimento di una responsabilità dell'assicurazione.

Cambio di medico. Se intende eventualmente cambiare medico, lo comunichi immediatamente all'assicurazione.

Cura ospedaliera. Quale assicurazione obbligatoria contro gli infortuni assumiamo le spese in corsia comune. Per la durata del ricovero in ospedale può essere dedotta dall'indennità giornaliera una partecipazione alle spese di vitto.

L'inabilità lavorativa deve essere indicata dal medico sul certificato

d'infortunio. Gli assicurati parzialmente abili al lavoro devono attenersi all'orario normale dell'impresa, a meno che, per motivi speciali, il medico disponga diversamente (vedi riquadro in basso a sinistra).*

Un diritto all'indennità giornaliera sussiste a partire dal terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. L'indennità giornaliera ammonta all'80 % del salario assicurato. La comunicazione trasmessa ad ogni assicurato all'atto dell'accettazione del caso informa sul pagamento dell'indennità.

Le spese di trasporto e di viaggio necessarie – ad esempio fino dal medico o all'ospedale più vicini – le saranno rimborsate. Utilizzi un mezzo di trasporto economico e conforme alla situazione (mezzo di trasporto pubblico): se necessario acquisti un abbonamento.

La preghiamo di indicare sulla nota delle spese il numero del suo conto corrente postale o del conto in banca.

Se per motivi privati consulta un medico più lontano, le relative spese supplementari non potranno essere coperte dall'assicurazione.

Annotazioni del medico

e ore della prossima visita	Data		Inabilità al lavoro		Firma del medico
	della visita effettuata		Grado	a partire dal	
* Abilità parziale: Ev. osservazioni					
1)	% , cioè	ore/giorno al	%		
2)	% , cioè	ore/giorno al	%		
3)	% , cioè	ore/giorno al	%		

e ore della prossima visita	Data		Inabilità al lavoro		Firma del medico
	della visita effettuata		Grado	a partire dal	
La cura medica è terminata il			Medicamenti ritirati presso: (nome e indirizzo della farmacia)		

Timbro del medico