

# Annuncio d'infortunio LAINF

		Direzione		N° di sinistro			
1. Datore di lavoro	Nome ed indirizzo con NAP		N° tel.		N° polizza		
	Abituale posto di lavoro dell' infortunato (ramo d'impresa)						
2. Infortunato	Cognome e nome		Data di nascita		N° AVS (11 cifre)		
	Via		N° tel.		Comune d'attinenza		
	NAP	Domicilio	Stato civile	Nazionalità	Figli sotto i 18 anni o in formazione fino a 25 anni <input type="checkbox"/> numero <input type="checkbox"/> nessuno		
3. Impiego	Data d'entrata nell'impresa    Attività professionale abituale			<input type="checkbox"/> qualificato <input type="checkbox"/> semi-qualificato			
				<input type="checkbox"/> non qualificato <input type="checkbox"/> apprendista			
4. Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore	N° BDI infortunato		
5. Luogo dell'infortunio	Dov'è successo l'infortunio? (località/posto esatto)						
6. Descrizione dell'infortunio	Attività al momento dell'infortunio, dinamica dello stesso: persone, macchine, attrezzi, veicoli o sostanze coinvolti						
7. Delucidazioni	Chi ha svolto le indagini?		Nome del testimoni?		Vennero interrogati?		
	N° BDI	Inchiesta desiderata? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
8. Infortunio non professionale	Quando ha lavorato l'infortunato per l' <b>ultima volta</b> presso il datore di lavoro <b>prima dell'infortunio?</b> (giorno, data, ora)						
9. Lesione	Parte del corpo lesa (sinistra/destra)		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? (data e ora)				
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	N° BDI	Medico/ospedale successivo	N° BDI			
12. Orario di lavoro dell'infortunato	Giorni per settimana	Ore per settimana	Ore settimanali fatte normalmente in ditta	Occupazione: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> a orario ridotto			
13. Salario	In contanti	Salario base (lordo)	CHF	all'ora	al giorno	al mese	all'anno
		Indennità di carovita					
		Cottimo/Provvigione					
		Indennità figli/famiglia					
		Indennità vacanze/ giorni festivi		% o			
		Altre indennità (genere)					
		Gratificazioni/Tredicesima		% o			
	In natura	Genere					
Casi speciali	<input type="checkbox"/> Membro della famiglia <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Assicurato facoltativo <input type="checkbox"/> Stagionale <input type="checkbox"/> Soggetto all'imposta alla fonte						
	Ulteriore datore di lavoro _____ Tariffa _____						
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato ha già diritto ad indennità giornaliera o rendita da: Assicurazione malattia, Assicurazione infortuni obbligatoria, AI/AVS, Assicurazione militare, Cassa disoccupazione? Se sì, quale? _____						
	Nome dell'assicurazione malattia obbligatoria _____						
Luogo e data		Firma dell'assicurato/infortunato			Timbro e firma del datore di lavoro		

## Informazioni per il personale sanitario (prego far proseguire a quest'ultimi)

---

<b>Riferimento</b>	Direzione	Polizza N°
--------------------	-----------	------------

Sinistro N° (se conosciuto)

---

<b>Stipulante</b>	Telefono	Filiale di
-------------------	----------	------------

---

<b>Persona assicurata</b>	Telefono	Data di nascita
---------------------------	----------	-----------------

Stato civile

AVS N° (11 cifre)

---

<b>Indicazione dell'infortunio</b>	Data dell'infortunio
------------------------------------	----------------------

---

**Informazioni per il personale sanitario** Gentili signore, egregi signori,

La persona citata a margine è assicurata in base alla polizza soprammenzionata. Vi preghiamo di indicare questa referenza in occasione di ogni corrispondenza (rapporti medici, richiesta di informazioni, fatture). Tale numero di riferimento ci permette di trasmettere celermente ogni corrispondenza alle Direzioni competenti per il caso. Indicando la referenza ci aiutate a ridurre i costi amministrativi e ad evitare inutili ritardi. Naturalmente potete anche allegare al vostro documento il presente scritto.

In caso di bisogno vi richiederemo un attestato medico iniziale nonché ulteriori rapporti medici. Vogliamo in questo modo ridurre allo stretto necessario anche i vostri costi amministrativi. Vi invitiamo cortesemente ad indicare come di consueto un'eventuale incapacità lavorativa sul foglio d'infortunio.

Distinti saluti

## Modulo per la farmacia LAINF

		Direzione	N° di sinistro
<b>Datore di lavoro</b>	Nome ed indirizzo con NAP	N° tel.	N° polizza
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
<b>Infortunato</b>	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS (11 cifre)
	Via		
	NAP                      Domicilio		

**Data dell'infortunio**      **Giorno**              **Mese**              **Anno**              **Alle ore**

### Avvertenze per l'infortunato

Se l'assicurazione ha garantito l'assunzione delle spese di cura, i medicinali prescritti dal medico le verranno consegnati dal farmacista senza pagamento.

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

### Avvertenze per il farmacista

L'assicurazione comunica all'infortunato l'assunzione delle spese di cura. Richieda per favore in visione tale conferma - che vale come garanzia di pagamento anche per lei - e riporti il numero di sinistro ivi figurante nel presente modulo.

### Nota della farmacia

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

Voglia spedire questa nota a chiusura della cura medica - al più tardi però 3 mesi dopo la data dell'infortunio - alla Direzione competente della Compagnia.

Può richiedere un nuovo modulo all'assicurazione, indicando il numero di sinistro, qualora:

- lo spazio per l'iscrizione delle forniture fosse esaurito;
- la fornitura di medicinali non è terminata dopo 3 mesi dalla data dell'infortunio.

Data \_\_\_\_\_

Timbro della farmacia \_\_\_\_\_

N° BDI

