

## Dichiarazione d'infornio LAINF

Numero di sinistro

<b>Assicuratore Infortunio:</b> <input type="checkbox"/> <b>Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA</b> <input type="checkbox"/> <b>Mutuel Assicurazioni SA</b>				
<b>1. Datore di lavoro</b>	Tel.:	Polizza n°:		
	Abituale sede di lavoro dell'infortunato:	Unità amministrativa:		
<b>2. Infortunato</b>	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	N° assicurazione sociale:	
	Via:	Stato civile:	Cittadinanza:	
	CAP:	Tel. dell'infortunato:	Paese di residenza:	
	Domicilio:	E-mail:	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni: _____ figli <input type="checkbox"/> nessuno	
<b>3. Impiego</b>	Data di assunzione:	Professione svolta:	<input type="checkbox"/> Membro della famiglia, associato <input type="checkbox"/> Soggetto all'imposta alla fonte	
	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 di lavoro: <input type="checkbox"/> contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> contratto a tempo determinato > data di fine contratto: _____ <input type="checkbox"/> risoluzione del rapporto di lavoro > data di risoluzione: _____		
	Orario di lavoro dell'infortunato: _____ ore settimanali	Grado di occupazione come da contratto: _____ %		
	Orario di lavoro aziendale a tempo pieno: _____ ore settimanali	Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> disoccupazione parziale		
<b>4. Data dell'infortunio</b>	Giorno/Mese/Anno:	Alle ore (ora, minuti):		
<b>5. Luogo dell'infortunio</b>	Località (nome o CAP) e posto esatto (ad. es. Officina, strada):		<input type="checkbox"/> In Svizzera <input type="checkbox"/> All'estero	
<b>6. Fatti (descrizione dell'infortunio)</b>	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica dell'infortunio, persone, oggetti, veicoli coinvolti nell'incidente:			
<b>7. Costatazioni</b>	Chi ha effettuato i rilevamenti?	Recapiti dei testimoni?	Sono stati sentiti?	
	Esiste un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	1. _____ 2. _____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<b>8. Infortunio non prof.</b>	Fino a quando ha lavorato l'infortunato(a) <b>per l'ultima volta</b> nell'azienda <b>prima dell'infortunio</b> (giorno, data, ora)? Fino a: _____ Motivo dell'assenza: _____			
<b>9. Lesione</b>	Parte del corpo lesa: _____	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita		
<b>10. Inabilità al lavoro</b>	Dati complementari: _____			
	Natura della lesione: _____			
<b>10. Inabilità al lavoro</b>	Il lavoro è stato interrotto a seguito dell'infortunio? <input type="checkbox"/> sì, dal _____ al _____ % <input type="checkbox"/> no			
	Il lavoro è già stato ripreso? <input type="checkbox"/> sì, dal _____ al _____ % <input type="checkbox"/> no			
<b>11. Indirizzi dei medici</b>	Prime cure prodigate da (medico, ospedale, clinica):		Continuazione del trattamento effettuata da (medico, ospedale, clinica):	
	_____		_____	
<b>12. Stipendio</b>	CHF	all'ora	al mese	all'anno
	Salario di base contrattuale (lordo)			
	Indennità di rincarò			
	Indennità figli/famiglia			
	Indennità vacanze/giorni festivi in _____ % oppure			
	Gratifiche/tredicesima (e altro) in _____ % oppure			
	Supplementi di salario (ad es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno)			
Denominazione:				
<b>13. Altri datori di lavoro</b>	<input type="checkbox"/> sì, Nome/indirizzo: _____ <input type="checkbox"/> no _____		<b>Cassa malati:</b>	
	<b>14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali</b>		<b>CCP o conto bancario dell'infortunato(a) (rimborso delle fatture di cure):</b>	
L'assicurato(a) ha diritto a una indennità giornaliera o a una rendita da un'assicurazione sociale o privata? <input type="checkbox"/> sì, di quale assicurazione? _____ <input type="checkbox"/> no		_____		

Trasmettere a: assicurazione summenzionata

Luogo et data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma: \_\_\_\_\_

## Dichiarazione d'infornio LAINF

Copia per il datore di lavoro

Numero di sinistro

<b>Assicuratore Infortunio:</b> <input type="checkbox"/> <b>Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA</b> <input type="checkbox"/> <b>Mutuel Assicurazioni SA</b>				
<b>1. Datore di lavoro</b>	Tel.:		Polizza n°:	
	Abituale sede di lavoro dell'infortunato		Unità amministrativa:	
<b>2. Infortunato</b>	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	N° assicurazione sociale:	
	Via:	Stato civile:	Cittadinanza:	
	CAP:	Tel. dell'infortunato:	Paese di residenza:	
	Domicilio:	E-mail:	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni: ___ figli <input type="checkbox"/> nessuno	
<b>3. Impiego</b>	Data di assunzione:	Professione svolta:	<input type="checkbox"/> Membro della famiglia, associato	
	Qualifica: <input type="checkbox"/> quadro superiore <input type="checkbox"/> quadro medio <input type="checkbox"/> impiegato/operaio <input type="checkbox"/> apprendista <input type="checkbox"/> praticante		<input type="checkbox"/> Soggetto all'imposta alla fonte	
	Rapporto di lavoro: <input type="checkbox"/> contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> contratto a tempo determinato > data di fine contratto: _____		<input type="checkbox"/> risoluzione del rapporto di lavoro > data di risoluzione: _____	
	Orario di lavoro dell'infortunato: ___ ore settimanali		Grado di occupazione come da contratto: ___ %	
Orario di lavoro aziendale a tempo pieno: ___ ore settimanali		Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> disoccupazione parziale		
<b>4. Data dell'infortunio</b>	Giorno/Mese/Anno:	Alle ore (ora, minuti):		
<b>5. Luogo dell'infortunio</b>	Località (nome o CAP) e posto esatto (ad. es. Officina, strada):			<input type="checkbox"/> In Svizzera <input type="checkbox"/> All'estero
<b>6. Fatti (descrizione dell'infortunio)</b>	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica dell'infortunio, persone, oggetti, veicoli coinvolti nell'incidente:			
<b>7. Costatazioni</b>	Chi ha effettuato i rilevamenti?		Recapiti dei testimoni? Sono stati sentiti?	
	Esiste un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		1. _____ <input type="checkbox"/> sì 2. _____ <input type="checkbox"/> no	
<b>8. Infortunio non prof.</b>	Fino a quando ha lavorato l'infortunato(a) <b>per l'ultima volta</b> nell'azienda <b>prima dell'infortunio</b> (giorno, data, ora)? Fino a: _____ Motivo dell'assenza: _____			
<b>9. Lesione</b>	Parte del corpo lesa: _____ <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita Dati complementari: _____ Natura della lesione: _____			
<b>10. Inabilità al lavoro</b>	Il lavoro è stato interrotto a seguito dell'infortunio? <input type="checkbox"/> sì, dal _____ al _____ % <input type="checkbox"/> no			
	Il lavoro è già stato ripreso? <input type="checkbox"/> sì, dal _____ al _____ % <input type="checkbox"/> no			
<b>11. Indirizzi dei medici</b>	Prime cure prodigate da (medico, ospedale, clinica):		Continuazione del trattamento effettuata da (medico, ospedale, clinica):	
<b>12. Stipendio</b>	CHF	all'ora	al mese	all'anno
	Salario di base contrattuale (lordo)			
	Indennità di rincaro			
	Indennità figli/famiglia			
	Indennità vacanze/giorni festivi in _____ % oppure			
	Gratifiche/tredicesima (e altro) in _____ % oppure			
Supplementi di salario (ad es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno) Denominazione: _____				
<b>13. Altri datori di lavoro</b>	<input type="checkbox"/> sì, Nome/indirizzo: _____		<b>Cassa malati:</b>	
	<input type="checkbox"/> no			
<b>14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali</b>	L'assicurato(a) ha diritto a una indennità giornaliera o a una rendita da un'assicurazione sociale o privata?		<b>CCP o conto bancario dell'infortunato(a) (rimborso delle fatture di cure):</b>	
	<input type="checkbox"/> sì, di quale assicurazione? _____ <input type="checkbox"/> no			

## Certificato d'infortunio LAINF

Numero di sinistro

<b>Assicuratore Infortunio:</b> <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assicurazioni SA			
<b>1. Datore di lavoro</b>	_____		Tel.: _____
	_____		Polizza n°: _____
_____		Abituale posto di lavoro dell'infortunato	Unità amministrativa: _____
<b>2. Infortunato</b>	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data di nascita: _____
	Via: _____		N° assicurazione sociale: _____
	CAP: _____		
	Domicilio: _____		
<b>3. Data dell'infortunio</b>	Giorno/Mese/Anno: _____	Alle ore (ora, minuti): _____	

### Indicazioni per l'infortunato

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

Questo **certificato di sinistro** 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 la garanzia di un diritto alle prestazioni.

**Cambio di medico.** Se dovesse cambiare medico, lo comunichi immediatamente all'assicurazione.

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

**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 (vedere 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.

**Le spese di trasporto** necessarie saranno rimborsate. Utilizzi un mezzo di trasporto economico e conforme alla situazione (mezzo di trasporto pubblico).

### Annotazioni del medico

Data et ora della		Inabilità al lavoro		Firma del medico
prossima visita	visita effettuata	Grado	A partie dal	
*Abilità parziale: ev. osservazioni				
1) _____%		,cioè _____ ore/giorno al _____%		
2) _____%		,cioè _____ ore/giorno al _____%		
3) _____%		,cioè _____ ore/giorno al _____%		

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

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

Timbro del medico: \_\_\_\_\_

Trasmettere a: assicurato -> medico -> impresa -> assicurazione

## Modulo per la farmacia LAINF

Numero di sinistro

<b>Assicuratore Infortunio:</b> <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assicurazioni SA			
<b>1. Datore di lavoro</b>	_____		Tel.: _____
	_____		Polizza n°: _____
_____		Abituale posto di lavoro dell'infortunato	Unità amministrativa: _____
<b>2. Infortunato</b>	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data di nascita: _____
	Via: _____		N° assicurazione sociale: _____
	CAP: _____		
	Domicilio: _____		
<b>3. Data dell'infortunio</b>	Giorno/Mese/Anno: _____	Alle ore (ora, minuti): _____	

### Indicazioni per l'infortunato

Se l'assicurazione ha garantito la presa a carico delle spese di cura, i medicinali prescritti dal medico le verranno consegnati dal farmacista senza chiederne il pagamento.

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 di sinistro che figura su ogni nostro documento.

### Indicazioni per il farmacista

L'assicurazione comunica all'infortunato(a) 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 di sinistro indicato sul presente modulo.

### Note della farmacia

Data della consegna	Natura e quantità dei medicinali forniti	Prezzo	
		CHF	Cts.
<b>Allegare le prescrizioni p.f.</b>		<b>Totale</b>	

La preghiamo di spedire la presente nota al termine della cura medica – ma al massimo tre mesi dopo la data dell'infortunio – all'indirizzo dell'assicuratore.

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

- ▶ lo spazio per indicare i medicinali fosse esaurito;
- ▶ dei medicinali dovessero essere consegnati dopo tre mesi dalla dell'infortunio

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

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

**3** \_\_\_\_\_ codice

Conto postale o nome banca e N° di conto

Se il conteggio avviene per mezzo dell'OFAC:

Trasmettere a: assicurato -> farmacia -> assicurazione