

## Dichiarazione d'infortunio LAINF

Numero di sinistro			
<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:	Paese di residenza:
	CAP:	Cittadinanza:	Permesso di soggiorno:
	Domicilio:	Tel. dell'infortunato:	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? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Esiste un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	1. 2.	
<b>8. Infortunio non prof.</b>	Fino a quando ha lavorato l'infortunato(a) per l'ultima volta nell'azienda prima dell'infortunio (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	à	% <input type="checkbox"/> no
	Il lavoro è già stato ripreso? <input type="checkbox"/> sì, dal	à	% <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
	Salario di base contrattuale (lordo)		al mese
	Indennità di rincarò		all'anno
	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>	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	<b>CCP o conto bancario dell'infortunato(a) (rimborso delle fatture di cure):</b>	

Trasmettere a: assicurazione summenzionata

Luogo et data :

Timbro e firma :

## Dichiarazione d'infortunio LAINF

Copia per il datore di lavoro

<b>Numero di sinistro</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:	Paese di residenza:	
	CAP:	Cittadinanza:	Permesso di soggiorno:	
	Domicilio:	Tel. dell'infortunato:	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. Constatazioni</b>	Chi ha effettuato i rilevamenti?	Recapiti dei testimoni?	Sono stati sentiti? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
	Esiste un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	1. 2.		
<b>8. Infortunio non prof.</b>	Fino a quando ha lavorato l'infortunato(a) per l'ultima volta nell'azienda prima dell'infortunio (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	à	% <input type="checkbox"/> no	
	Il lavoro è già stato ripreso? <input type="checkbox"/> sì, dal	à	% <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
	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: <input type="checkbox"/> no	<b>Cassa malati:</b>		
	<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? <input type="checkbox"/> sì, di quale assicurazione ? <input type="checkbox"/> no	<b>CCP o conto bancario dell'infortunato(a) (rimborso delle fatture di cure):</b>	

## Certificato d'infortunio LAINF

<b>Numero di sinistro</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:		
	CAP:		
	Domicilio:		
<b>3. Data dell'infortunio</b>	Giorno/Mese/Anno:	Alle ore (ora, minuti):	

### I 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 e ora		Inabilità al lavoro		Firma del medico
	della prossima visita	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	%	

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

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

Data :

Timbro del medico :

## Modulo per la farmacia LAINF

<b>Numero di sinistro</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:		
	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

<b>3</b>	<small>codice</small>				
----------	-----------------------	--	--	--	--

Conto postale o nome banca e N° di conto
Se il conteggio avviene per mezzo dell'OFAC:

Trasmettere a: assicurato -> farmacia -> assicurazione

Data :

Timbro della farmacia :