

Dichiarazione d'infortunio- bagatella LAINF

Numero di sinistro

Assicuratore Infortunio: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assicurazioni SA			
1. Datore di lavoro	Tel.:	Polizza n°:	
	Abituale sede di lavoro dell'infortunato:	Unità amministrativa:	
2. Infortunato	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	N° assicurazione sociale:
	Via:	Stato civile:	Cittadinanza: Paese di residenza:
	CAP: Domicilio:	Tel. dell'infortunato: E-mail:	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni: _____ figli <input type="checkbox"/> nessuno
3. Impiego	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	
4. Data dell'infortunio	Giorno/Mese/Anno:	Alle ore (ora, minuti):	
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o CAP) e posto esatto (ad. es. Officina, strada):		<input type="checkbox"/> In Svizzera <input type="checkbox"/> All'estero
6. Fatti (descrizione dell'infortunio)	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica dell'infortunio, persone, oggetti, veicoli coinvolti nell'incidente: _____ _____		
7. Costatazioni	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	
8. Infortunio non prof.	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: _____		
9. Lesione	Parte del corpo lesa: _____ <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita Dati complementari: _____ Natura della lesione: _____		
10. Indirizzi dei medici	Prime cure prodigate da (medico, ospedale, clinica): _____	Continuazione del trattamento effettuata da (medico, ospedale, clinica): _____	
11. Altri datori di lavoro	<input type="checkbox"/> sì, Nome/indirizzo: _____ <input type="checkbox"/> no	Cassa malati:	
12. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	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		CCP o conto bancario dell'infortunato(a) (rimborso delle fatture di cure): _____

Luogo et data:

Timbro e firma:

Trasmettere a: assicurazione summenzionata

Dichiarazione d'infortunio- bagatella LAINF

Copia per il datore di lavoro

Numero di sinistro

Assicuratore Infortunio: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assicurazioni SA			
1. Datore di lavoro	Tel.:	Polizza n°:	
	Abituale sede di lavoro dell'infortunato	Unità amministrativa:	
2. Infortunato	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	N° assicurazione sociale:
	Via:	Stato civile:	Cittadinanza:
	CAP: Domicilio:	Tel. dell'infortunato: E-mail:	Paese di residenza: Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni: ____ figli <input type="checkbox"/> nessuno
3. Impiego	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	
4. Data dell'infortunio	Giorno/Mese/Anno:	Alle ore (ora, minuti):	
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o CAP) e posto esatto (ad. es. Officina, strada):		<input type="checkbox"/> In Svizzera <input type="checkbox"/> All'estero
6. Fatti (descrizione dell'infortunio)	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica dell'infortunio, persone, oggetti, veicoli coinvolti nell'incidente: _____ _____		
7. Costatazioni	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	
8. Infortunio non prof.	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: _____		
9. Lesione	Parte del corpo lesa: _____ <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita Dati complementari: _____ Natura della lesione: _____		
10. Indirizzi dei medici	Prime cure prodigate da (medico, ospedale, clinica): _____	Continuazione del trattamento effettuata da (medico, ospedale, clinica): _____	
11. Altri datori di lavoro	<input type="checkbox"/> sì, Nome/indirizzo: _____ <input type="checkbox"/> no _____	Cassa malati:	
12. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	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		CCP o conto bancario dell'infortunato(a) (rimborso delle fatture di cure): _____

Certificato d'infortunio LAINF

Numero di sinistro

Assicuratore Infortunio: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assicurazioni SA			
1. Datore di lavoro	Tel.:	Polizza n°:	
	Abituale sede di lavoro dell'infortunato:	Unità amministrativa:	
2. Infortunato	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	N° assicurazione sociale:
	Via:	Stato civile:	Cittadinanza:
	CAP: Domicilio:	Tel. dell'infortunato: E-mail:	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni: ____ figli <input type="checkbox"/> nessuno
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa:	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	
4. Data dell'infortunio	Giorno/Mese/Anno:	Alle ore (ora, minuti):	
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o CAP) e posto esatto (ad. es. Officina, strada):		<input type="checkbox"/> In Svizzera <input type="checkbox"/> All'estero
6. Fatti (descrizione dell'infortunio)	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica dell'infortunio, persone, oggetti, veicoli coinvolti nell'incidente:		
7. Infortunio non prof.	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:	
8. Lesione	Parte del corpo lesa: _____ <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita		
	Dati complementari: _____		
	Natura della lesione: _____		
9. Indirizzi dei medici	Prime cure prodigate da (medico, ospedale, clinica):		Continuazione del trattamento effettuata da (medico, ospedale, clinica):

Annotazioni del medico: Parte del corpo lesa e tipo di lesione:

Onorario del medico

A. Prestazioni secondo tariffa			B. Medicamento e materiale di medicazione	
Data	Cifra tariffa	Punto tassa	Tipo e quantità	Prezzi
Allegare radiografie	Totale			Totale A
				Totale A+B

Trattamento terminato

- Sì
 No, probabilmente tra ____ settimane

Data: _____

Timbro del firma medico: _____

Conto postale o nome di banca e N° di conto

Trasmettere a: Primo medico che si è occupato del caso -> assicurazione

Modulo per la farmacia LAINF

Numero di sinistro

Assicuratore Infortunio: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assicurazioni SA			
1. Datore di lavoro	_____	Tel.:	Polizza n°:
	_____	Abituale posto di lavoro dell'infortunato	Unità amministrativa:
2. Infortunato	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	N° assicurazione sociale:
	Via: _____		
	CAP: _____ Domicilio: _____		
3. Data dell'infortunio	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.
Allegare le prescrizioni p.f.		Totale	

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