N° di sinistro_____

Dichiarazione d'infortunio bagatella

Datore di lavoro

Informazioni sull'azienda

Ragione sociale	_____
Via / Numero	_____
Complemento d'indirizzo	_____
CAP / Luogo	_____
N° di contratto	_____
Unità organizzativa	_____
Numero di telefono	_____
Indirizzo e-mail	_____
Persona di contatto	_____

Persona assicurata

Informazioni personali dell'assicurato

Titolo	☐Signora ☐Signore
Nome	_____
Cognome	_____
ID dipendente	_____
Stato civile	☐Nubile/Celibe ☐Partner registrato ☐Separata/Separato ☐Divorziata/Divorziato ☐Vedovo ☐Convivente ☐Sposata/Sposato
Data di nascita	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Cittadinanza / Permesso di dimora	_____
Numero d'assicurazione sociale	_____
Assicurazione malattia di base (LAMal)	_____
Figlio(i) a carico	☐Sì ☐No

Dati di contatto dell'assicurato

Paese di residenza	_____
Via / Numero	_____
Complemento d'indirizzo	_____
CAP / Luogo	_____
Numero di telefono	_____
Indirizzo e-mail	_____

Coordinate bancarie/postali

A chi devono essere versate le indennità?	☐Datore di lavoro ☐Dipendente
IBAN del dipendente	_____

Rapporto di lavoro

Dati contrattuali

Tipo di contratto	☐Durata indeterminata ☐Durata determinata
Inizio del contratto di lavoro	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Fine del contratto di lavoro	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Il contratto è disdetto?	☐Sì ☐No
Per quale scadenza?	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Funzione	☐Dipendente ☐Quadro ☐Quadro superiore ☐Apprendista ☐Tirocinante
Professione esercitata	_____
Posto di lavoro abituale	_____

N° di sinistro_____

Orario di lavoro

Orario di lavoro dell'assicurato	_____ H/settimana
Tasso d'occupazione contrattuale	_____%
Orario usuale nell'azienda	_____ H/settimana
Tipo di lavoro	☐Regolare ☐Irregolare
L'azienda ha un orario di lavoro ridotto?	☐Sì ☐No

Altro datore di lavoro

Ragione sociale / Nome	_____
Paese	_____
Via / Numéro	_____
Complemento di indirizzo	_____
CAP / Luogo	_____

Descrizione dell'infortunio

Dati dell'infortunio

Tipo di infortunio	_____
Ultimo giorno di lavoro	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Orario di partenza dal posto di lavoro	Ora (oo:mm) :_____
Data dell'infortunio	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Ora dell'infortunio	Ora (oo:mm) :_____
Motivo dell'assenza	_____
Luogo/posto	_____
Descrizione dell'infortunio	_____
Attività al momento dell'incidente	_____
Innesco dell'incidente	_____

Rapporto di polizia

È stato presentato un rapporto di polizia?	☐Sì ☐No
Chi ha effettuato il sopralluogo?	_____

Persona in causa o coinvolta?

Un'altra persona è coinvolta nell'infortunio?	☐Sì ☐No
Nome	_____
Cognome	_____
Paese di residenza	_____
Via / Numero	_____
Complemento di indirizzo	_____
CAP / Luogo	_____
Nome	_____
Cognome	_____
Paese di residenza	_____
Via / Numero	_____
Complemento di indirizzo	_____
CAP / Luogo	_____

N° di sinistro_____

Lesioni e ferite

Lesioni e ferite

La persona assicurata è deceduta?	☐Sì ☐No Data (gg/mm/aaaa) : _____
Parte del corpo colpita	_____
Lato del corpo	_____
Ulteriori dati sugli infortuni	_____
Tipo di lesione	_____

Cure

Primo soccorso medico	Indirizzo: _____
Prosecuzione delle cure mediche	Indirizzo: _____

Luogo e data:

_____

N° di sinistro_____

Certificato d'infortunio

Bagatella

Datore di lavoro		Persona assicurata	
Ragione sociale	_____	Titolo	_____
Via / Numero	_____	Nome	_____
Complemento d'indirizzo	_____	Cognome	_____
CAP / Luogo	_____	Data di nascita	_____
N° di contratto	_____	Numero d'assicurazione sociale	_____
Unità organizzativa	_____	Numero di telefono	_____
Posto di lavoro abituale	_____	Data e ora dell'infortunio	_____

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
			Totale B	
			Valore punto tassa	
Allegare radiografie	**Totale**		x CHF	Totale A
				Totale A + B

Trattamento terminato

☐ Sì

☐ No, probabilmente tra_____ settimane

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

Conto postale o nome di banca e N° di conto

Data:

Timbro del medico:

N° di sinistro_____

Modulo per la farmacia

Infortunio

Datore di lavoro		Persona assicurata	
Ragione sociale	_____	Titolo	_____
Via / Numero	_____	Nome	_____
Complemento d'indirizzo	_____	Cognome	_____
CAP / Luogo	_____	Data di nascita	[gg/mm/aaaa] : _____
N° di contratto	_____	Numero d'assicurazione sociale	_____
Unità organizzativa	_____	Numero di telefono	_____
Posto di lavoro abituale	_____	Data e ora dell'infortunio	[gg/mm/aaaa] : _____ [oo:mm] : _____

Indicazioni per l'infortunato

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

La preghiamo di ritirare tutti i medicamenti 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.qs

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.

Nota della farmacia

Data della consegna	Natura e quantità dei medicinali forniti	Prezzo	
		CHF	Cts.
	Totale		

Allegare le prescrizioni p.f.

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

3	code				

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