

Dichiarazione d'infortunio

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

Nome

Cognome

ID dipendente

Stato civile

Data di nascita

Cittadinanza / Permesso di dimora

Numero d'assicurazione sociale

Assicurazione malattia di base (LAMal)

Figlio(i) a carico

Percepisce una prestazione
d'assicurazione sociale?

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?

IBAN

Rapporto di lavoro

Dati contrattuali

Tipo di contratto

Inizio del contratto di lavoro

Fine del contratto di lavoro

Il contratto è disdetto?

Per quale scadenza?

Funzione

Professione esercitata

Posto di lavoro abituale

Descrizione dell'infortunio

Orario di lavoro

Orario di lavoro dell'assicurato H/settimana

Tasso di occupazione contrattuale

Orario usuale nell'azienda H/settimana

Tipo di lavoro

L'azienda ha un orario di lavoro ridotto?

Numero di giorni di home office per settimana

Altro datore di lavoro

Ragione sociale / Nome

Paese

Via / Numero

Complemento di indirizzo

CAP/ Luogo

Dati dell'infortunio

Tipo di infortunio

Ultimo giorno di lavoro

Orario di partenza dal posto di lavoro

Data dell'infortunio

Ora dell'infortunio

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?

Chi ha effettuato il sopralluogo?

Persona in causa o coinvolta?

Un'altra persona è coinvolta nell'infortunio?

Nome

Cognome

Paese di residenza

Via/ Numero

Complemento di indirizzo

CAP / Luogo

Nome

Cognome

Paese di residenza

Via/ Numero

Complemento di indirizzo

CAP / Luogo

Lesioni e ferite

Lesioni e ferite

La persona assicurata è deceduta?

Parte del corpo colpita

Lato del corpo

Ulteriori dati sugli infortuni

Tipo di lesione

Cure

Primo soccorso medico

Prosecuzione delle cure mediche

Incapacità lavorativa

Incapacità lavorativa

Inizio dell'incapacità

Ora:

Tasso d'incapacità

Ritorno al lavoro

Data effettiva di ritorno al lavoro

Salari

Dati salariali

Soggetto all'imposta alla fonte

Importo del salario lordo

Bonus, 13esimo mese di salario (e successivi)

Altre prestazioni

Indennità per vacanze, giorni festivi

Assegni per figli, famiglia

Indennità di rincarò

Altri complementi di salario

Importo totale dei complementi di salario

Luogo e data: