

Dichiarazione 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. N°: _____ Polizza N°: _____
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato(a) (ramo d'impresa): _____
2. Infortunato (a)	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: _____ N° AVS: _____
	Via: _____ Stato civile: _____ Nazionalità: _____
	CAP: _____ Tel. N: _____ Email: _____ 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 <input type="checkbox"/> risoluzione del rapporto di lavoro
	Orario di lavoro dell'infortunato(a): _____ ore settimanali Grado di occupazione come da contratto: _____ % Orario di lavoro aziendale: _____ 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): _____
6. Fatti (descrizione dell'infortunio)	Attività svolta al momento dell'infortunio ; dinamica, oggetti coinvolti, veicoli: _____ _____ _____
7. Costatazioni	Chi ha effettuato i rilevamenti? _____ Coordinate dei testimoni? _____ Sono stati sentiti? _____
	Esiste un rapporto della polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no 1. _____ <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no 2. _____ <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
8. Infortunio non prof.	Fino a quando ha lavorato l'infortunato(a) per l'ultima volta nell'impresa 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
	Natura della lesione: _____
10. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, da quando? _____
	Il lavoro è già stato ripreso? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì dal _____ al _____ %
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale: _____ Medico/ospedale successivo: _____

12. Salario	CHF all'ora al mese all'anno
	Salario di base contrattuale incl. carovita (lordo)
	Assegnazione 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: _____	
13. Altri datori di lavoro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> no Cassa malati _____
	Nome/indirizzo _____
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato(a) ha già diritto ad una indennità giornaliera o rendita da un'assicurazione sociale o privata? N° del conto postale o conto bancario dell'assicurato (a): _____
	<input type="checkbox"/> Sì, di quale assicurazione? _____ <input type="checkbox"/> No _____

Luogo e data:

Timbro e firma:

Va a : Assicurazione suddetta _____

Dichiarazione d'infornio 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. N°: _____ Polizza N°: _____
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato(a) (ramo d'impresa): _____
2. Infortunato (a)	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: _____ N° AVS: _____
	Via: _____ Stato civile: _____ Nazionalità: _____
	CAP: _____ Domicilio: _____ Tel. N° _____ Email: _____ 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 <input type="checkbox"/> risoluzione del rapporto di lavoro
	Orario di lavoro dell'infortunato(a): _____ ore settimanali Grado di occupazione come da contratto: _____ % Orario di lavoro aziendale: _____ 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): _____
6. Fatti (descrizione dell'infortunio)	Attività svolta al momento dell'infortunio ; dinamica, oggetti coinvolti, veicoli: _____ _____
7. Costatazioni	Chi ha effettuato i rilevamenti? _____ Coordinate dei testimoni? _____ Sono stati sentiti? _____
	Esiste un rapporto della polizza? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no 1. _____ <input type="checkbox"/> sì 2. _____ <input type="checkbox"/> no
8. Infortunio non professionale	Fino a quando ha lavorato l'infortunato(a) per l'ultima volta nell'impresa 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
	Natura della lesione: _____
10. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, da quando? _____
	Il lavoro è già stato ripreso? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì dal _____ al _____ %
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale: _____ Medico/ospedale successivo : _____
	12. Salario
	CHF all'ora al mese all'anno
	Salario di base contrattuale incl. carovita (lordo)
	Assegnazione 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: _____
13. Altri datori di lavoro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> no Cassa malati: _____
	Nome/indirizzo _____
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato(a) ha già diritto ad una indennità giornaliera o rendita da un'assicurazione sociale o privata? N° del conto postale o conto bancario dell'assicurato (a): _____
	<input type="checkbox"/> Sì, di quale assicurazione? _____ <input type="checkbox"/> No

Certificato d'infortunio LAINF

Numero di sinistro

Assicuratore Infortunio : <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assicurazioni SA			
Datore di lavoro	Tel. N°:		Polizza N°:
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato(a) (ramo d'impresa):		
Infortunato (a)	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	N° AVS:
	Via:		
	CAP: Domicilio:	Tel. N° Email:	
Data dell'infortunio	Giorno/Mese/Anno:		Alle ore (ora, minuti):

Avvertenze per l'infortunato(a)

La preghiamo di riportare il **numero di sinistro** – che figura su ogni documento dell'assicurazione – sul certificato di sinistro e sul modulo per la farmacia e d'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 riconoscimento di una responsabilità dell'assicurazione.

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

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

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. La comunicazione trasmessa ad ogni assicurato all'atto dell'accettazione del caso informa sul pagamento dell'indennità.

Le spese di trasporto necessarie – ad esempio fino al medico o all'ospedale più vicini – le saranno rimborsate. Utilizzi un mezzo di trasporto economico e conforme alla situazione (mezzo di trasporto pubblico) ; se necessario acquisti un abbonamento.

Annotazioni del medico

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

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

Timbro del medico

Va a : Infortunato(a) -> Medico -> Impresa -> 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			
Datore di lavoro		Tel. N°: _____ Polizza N°: _____	
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato(a) (ramo d'impresa): _____	
Infortunato (a)	Cognome e nome: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: _____	N° AVS: _____
	Via: _____		
	CAP: _____ Domicilio: _____		
Data dell'infortunio	Giorno/Mese/Anno: _____		Alle ore (ora, minuti): _____

Avvertenze per l'infortunato(a)

Se l'assicurazione ha assunto le spese di cura, i medicinali prescritti dal medico le verranno consegnati dal farmacista gratuitamente.

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.

Avvertenze 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.

Fattura della farmacia

Data della fornitura	Nature e quantità dei medicinali forniti	Prezzo	
		CHF	Cts.
Allegare le ricette p.f.	Totale		

La preghiamo di spedire questa nota al termine della cura medica - al massimo tre mesi dopo la data dell'infortunio - all'indirizzo di cui sopra.

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

- ▶ lo spazio per l'indicazione delle forniture fosse esaurito;
- ▶ la fornitura di medicinali non fosse terminata dopo tre mesi dalla data dell'infortunio

Data: _____

Timbro della farmacia: _____

3 code _____

Conto postale o nome di banca e N° di conto

Se il conteggio avviene per mezzo dell'OFAC:

Va a : Infortunato(a) -> Farmacia -> Assicurazione