

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.:		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:	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		
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			
10. Inabilità al lavoro	Dati complementari: _____				
	Natura della lesione: _____				
10. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto a seguito dell'infortunio? <input type="checkbox"/> sì, dal _____ al _____ % <input type="checkbox"/> no				
	Il lavoro è già stato ripreso? <input type="checkbox"/> sì, dal _____ al _____ % <input type="checkbox"/> no				
11. Indirizzi dei medici	Prime cure prodigate da (medico, ospedale, clinica):		Continuazione del trattamento effettuata da (medico, ospedale, clinica):		
	_____		_____		
12. Stipendio	Salario di base contrattuale (lordo)	CHF	all'ora	al mese	all'anno
	Indennità 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, Nome/indirizzo: _____		Cassa malati:		
	<input type="checkbox"/> no _____				
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'assicurato(a) ha diritto a una indennità giornaliera o a una rendita da un'assicurazione sociale o privata?		CCP o conto bancario dell'infortunato(a) (rimborso delle fatture di cure):		
	<input type="checkbox"/> sì, di quale assicurazione? _____ <input type="checkbox"/> no				

Trasmettere a: assicurazione summenzionata

Luogo et data: _____ Timbro e firma: _____

Dichiarazione d'infortunio 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:	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	
3. Impiego	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: _____			
	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. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto a seguito dell'infortunio? <input type="checkbox"/> sì, dal _____ al _____ % <input type="checkbox"/> no			
	Il lavoro è già stato ripreso? <input type="checkbox"/> sì, dal _____ al _____ % <input type="checkbox"/> no			
11. Indirizzi dei medici	Prime cure prodigate da (medico, ospedale, clinica):		Continuazione del trattamento effettuata da (medico, ospedale, clinica):	
	_____		_____	
12. Stipendio	_____ CHF	all'ora	al mese	all'anno
	Salario di base contrattuale (lordo)			
	Indennità 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, Nome/indirizzo: _____		Cassa malati:	
	<input type="checkbox"/> no			
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'assicurato(a) ha diritto a una indennità giornaliera o a una rendita da un'assicurazione sociale o privata?		CCP o conto bancario dell'infortunato(a) (rimborso delle fatture di cure):	
	<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				
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

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

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

Data: _____

Timbro del medico: _____

Trasmettere a: assicurato -> 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			
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: _____
	Via: _____		N° assicurazione sociale: _____
	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