

Annuncio d'infortunio-bagattella LAINF

Numero di sinistro

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA		Polizza LAINF / complemento LAINF N. 13.500.000	
	DIPARTIMENTO FINANZE-ECONOMIA Servizio Assicurazioni 6500 Bellinzona		Tel. N. 091 814 39 26	Conto postale / bancario
			Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
2. Infortunato	Cognome e nome		Data di nascita	N. AVS
	Via		Tel. N. (se disponibile)	Nazionalità
	NPA	Domicilio	Stato civile	
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa		Professione svolta	
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/operaio <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante			
	Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali			
4. Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada)			
6. Descrizione dell'infortunio	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli			
7. Infortunio professionale	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)			
8. Infortunio non prof.	Fino a quando ha lavorato l'infortunato 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. Indirizzi dei medici	Primo medico / ospedale		Medico / ospedale successivo	

Luogo e data

Timbro e firma

Avvertenze per il datore di lavoro

Questo annuncio d'infortunio-bagattella deve essere utilizzato nei casi in cui non esista **alcuna incapacità o questa non sia superiore a tre giorni** (giorno dell'infortunio e i due giorni successivi).

Eccezioni: Invece dell'annuncio d'infortunio-bagattella va utilizzato il modulo "Notifica d'infortunio LAINF" quando si tratta di:

- malattia professionale
- lesione dentaria
- ricaduta

Invieremo una "distinta degli onorari" al medico consultato.

Alle domande di rimborso dovranno essere allegate le fatture già pagate e dovrà esserci comunicato qui di seguito l'indirizzo per il rimborso (conto bancario / postale).

--

Va a: **Zurigo**

Annuncio d'infortunio-bagattella LAINF
 Copia per l'impresa

Numero di sinistro

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA		Polizza LAINF / complemento LAINF N. 13.500.000				
	DIPARTIMENTO FINANZE-ECONOMIA		<table border="1"> <tr> <td>Tel. N. 091 814 39 26</td> <td>Conto postale / bancario</td> </tr> </table>	Tel. N. 091 814 39 26	Conto postale / bancario		
	Tel. N. 091 814 39 26	Conto postale / bancario					
Servizio Assicurazioni		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)					
6500 Bellinzona							
2. Infortunato	Cognome e nome		Data di nascita	N. AVS			
	Via		Tel. N. (se disponibile)	Nazionalità			
	NPA	Domicilio	Stato civile				
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa		Professione svolta				
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/operaio <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante						
	Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali						
4. Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore			
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada)						
6. Descrizione dell'infortunio	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli						
7. Infortunio professionale	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)						
8. Infortunio non prof.	Fino a quando ha lavorato l'infortunato 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. Indirizzi dei medici	Primo medico / ospedale		Medico / ospedale successivo				

Luogo e data

Timbro e firma

Modulo per farmacia LAINF

Indicare il numero di sinistro →

Numero di sinistro

Impresa	Nome e indirizzo con NPA		Polizza LAINF / complemento LAINF N. 13.500.000	
	DIPARTIMENTO FINANZE-ECONOMIA Servizio Assicurazioni 6500 Bellinzona		Tel. N. 091 814 39 26	Conto postale / bancario
			Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
Infortunato	Cognome e nome		Data di nascita	N. AVS
	Via			
	NPA	Domicilio		
Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore

Avvertenze per l'infortunato

I medicinali prescritti dal medico le saranno consegnati gratuitamente dal farmacista, dietro consegna di questo modulo. Tutti i medicinali devono essere ritirati presso la medesima farmacia.

Avvertenze per il farmacista

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.

Un nuovo modulo potrà essere chiesto direttamente all'assicurazione, se
 - lo spazio per l'indicazione delle forniture non è sufficiente;
 - dopo tre mesi sono necessari ulteriori medicinali.

Lesione	Parte del corpo lesa:	<input type="checkbox"/> sinistra	<input type="checkbox"/> destra	<input type="checkbox"/> indefinita
	Natura della lesione:			
Indirizzi dei medici	Primo medico / ospedale	Medico / ospedale successivo		

Nota della farmacia

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

Data:

Timbro della farmacia:

Conto corrente postale o banca e numero del conto bancario

Conteggio per mezzo dell'ofac?

Allegare le ricette p.f.

Va a: Infortunato → Farmacia → Zurigo