

Notifica d'infortunio LAINF

- Infortunio Lesione dentaria
 Malattia prof. Ricaduta

Infortunio N. _____

Spiegazioni relative alla notifica d'infortunio (vedi retro)

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____	IDI _____	N° polizza _____	
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa) _____			
2. Infortunato	Cognome e nome _____	Data di nascita _____	Numero di sicurezza sociale _____	
	Via _____	Tel. N° (se disponibile) _____	Nazionalità _____	
	NPA Domicilio _____	Stato civile _____	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni _____ numero <input type="checkbox"/> nessuno	
3. Impiego	Data d'entrata 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			
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto			
	Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali _____		Grado di occupazione come da contratto: _____%	
Orario di lavoro aziendale: ore settimanali _____		Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto		
4. Data dell'infortunio	Alle ore _____			
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. officina, strada) _____			
6. Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, oggetti coinvolti, veicoli _____			

	Persone coinvolte: _____			
Esiste un rapporto di polizza? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sconosciuto				
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. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Se sì, da quando? _____	
	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro Superiore ad un mese <input type="checkbox"/>		Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? _____ <input type="checkbox"/> totalm. <input type="checkbox"/> in parte	
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale _____		Medico/ospedale successivo _____	
	_____		_____	
12. Salario	CHF	all'ora	al mese	all'anno
	Salario base contrattuale incl. carovita (lordo).....		_____	_____
	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) Genere: _____		_____	_____
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio			
	<input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro: _____			
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altra assicurazione infortuni obbligatoria, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, casse disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione? _____			

Viene compilato dall'assicurazione
▼

Se

Na

SC

Qualifica

P/N/F

Lesione

Natura

Luogo e data

Timbro e firma

Spiegazioni per la notifica d'infortunio

Vi preghiamo di compilare in ogni sua parte il modulo per la notifica di infortunio e di rispedircelo quanto prima. Le informazioni che seguono vi saranno di aiuto nella compilazione del modulo. Grazie per la collaborazione.

Considerazioni generali

Il modulo multiplo deve essere compilato:

- se l'inabilità al lavoro è superiore a 3 giorni (compreso il giorno dell'infortunio);
- in caso di malattia professionale;
- per notificare una lesione dentaria;
- in caso di ricaduta.

Qualora fosse necessaria soltanto una cura dentistica, è sufficiente inviare la notifica di infortunio (senza il punto 12 relativo al salario) all'agenzia competente; i restanti moduli possono essere distrutti. Sarà l'agenzia a contattare il dentista.

Se dovete comunicare una ricaduta, è necessario indicare il numero di infortunio. Se non lo conoscete, indicate la data dell'infortunio e il nome del datore di lavoro di allora.

Inoltre in caso di infortunio grave – specie se mortale – dovette avvisare subito telefonicamente l'agenzia competente.

Se il caso non rientra in uno di quelli sopra elencati, basta compilare il modulo multiplo verde per la notifica di infortunio-bagattella LAINF.

Gestione dei dati

I dati contenuti nel modulo saranno utilizzati ai seguenti fini:

- a) per la liquidazione del caso;
- b) per la compilazione di statistiche anonime nell'ambito della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- c) per la comunicazione anonima, come previsto dalla legge, all'Ufficio federale di statistica allo scopo di creare una statistica pubblica sui salari nel Paese.

Spiegazioni relative a singoli punti della notifica

Punto 1 «Abituale posto di lavoro»

Torneria/Falegnameria/Ufficio EED

Punto 3 «Professione svolta»

Bisogna indicare nel modo più preciso possibile il tipo di attività svolta dall'infortunato/a.

Esempi:

«**meccanico di precisione**» (invece di «**meccanico**»)

«**venditrice, settore tessile**» (invece di «**venditrice**»)

«**direttrice del dipartimento delle finanze**»

(invece di «**direttrice**»)

Indicazioni quali manovale, impiegato ecc. sono troppo vaghe.

Punto 5 «Luogo dell'infortunio»

Esempi:

In caso di infortunio professionale:

6500 Bellinzona, capannone 1/cantiere xy/scala C

In caso di infortunio non professionale:

6900 Lugano, incrocio via E. Bossi/via Pioda

6500 Bellinzona, piscina comunale

Punto 6 «Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale»

È richiesta una descrizione il più dettagliata possibile della dinamica dell'evento e delle circostanze concomitanti.

In caso di infortunio professionale vi consigliamo di consultare la pubblicazione Suva

– 66100.i (L'indagine d'infortunio aziendale: per evitare che possa ripetersi!),

– 66100/1.i (Scheda di rilevazione eventi),

– 66100/2.i (Questionario sul sistema di sicurezza aziendale).

Punto 8 «Infortunio non professionale»

Se l'infortunato/a era già assente dal lavoro prima dell'infortunio, bisogna indicare i motivi dell'assenza (ad es. vacanze, malattia, servizio militare, ferie non pagate, disoccupazione).

Punto 12 «Salario»

Ora bisogna indicare il salario determinante secondo l'AVS (in base all'art. 7 dell'Ordinanza sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti), ossia il salario lordo a cui aveva diritto l'assicurato al momento dell'infortunio prima di dedurre i contributi per le assicurazioni sociali, le imposte, ecc.

Anche se il salario è superiore all'importo massimo del guadagno assicurato, deve essere indicato il salario effettivo.

Per l'assicurazione facoltativa per imprenditori bisogna indicare il salario annuale convenuto.

Notifica d'infortunio LAINF

- Infortunio Lesione dentaria
 Malattia prof. Ricaduta

Infortunio N. _____

Spiegazioni relative alla notifica d'infortunio (vedi retro)

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA	IDI	N° polizza	
	_____		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
2. Infortunato	Cognome e nome	Data di nascita	Numero di sicurezza sociale	
	Via	Tel. N° (se disponibile)	Nazionalità	
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni _____ numero <input type="checkbox"/> nessuno	
3. Impiego	Data d'entrata 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			
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto			
	Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali _____ Grado di occupazione come da contratto: _____ % Orario di lavoro aziendale: ore settimanali _____ Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto			
4. Data dell'infortunio		Alle ore		
5. Luogo dell'infortunio Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. officina, strada)				
6. Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, oggetti coinvolti, veicoli				

Persone coinvolte: _____				
Esiste un rapporto di polizza? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sconosciuto				
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. Inabilità al lavoro Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, da quando? _____ Durata presumibile dell'inabilità al lavoro Se il lavoro è già stato ripreso: Superiore ad un mese <input type="checkbox"/> Da quando? _____ <input type="checkbox"/> totalm. <input type="checkbox"/> in parte				
11. Indirizzi dei medici		Primo medico/ospedale		
		Medico/ospedale successivo		
12. Salario CHF				
		all'ora	al mese	all'anno
Salario base contrattuale incl. carovita (lordo).....				
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)				
Genere:				
13. Casi speciali <input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro:				
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali L'infortunato ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altra assicurazione infortuni obbligatoria, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, casse disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione?				

Luogo e data

Timbro e firma



Modulo per la farmacia LAINF

Indicare il numero
di infortunio →

Infortunio N. _____

Impresa	Nome e indirizzo con NPA	IDI	N° polizza
	_____	Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
Infortunato	Cognome e nome	Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
	Via	Tel. N° (se disponibile)	
	NPA Domicilio		
Data del- l'infortunio		Alle ore	

Indicazioni per il/la ferito/a

Se l'assicurazione si è assunta 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 d'infortunio che figura su ogni nostro documento.

Avvertenze per il farmacista

L'assicurazione comunica all'infortunato 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 d'infortunio indicato sul presente modulo.

Nota della farmacia

Data della fornitura	Natura e quantità dei medicamenti 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 _____



Certificato d'infortunio LAINF

Indicare il numero
 di infortunio →

Infortunio N. _____

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA	IDI	N° polizza
			Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)
2. Infortunato	Cognome e nome	Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
	Via	Tel. N° (se disponibile)	Nazionalità
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni <input type="checkbox"/> numero <input type="checkbox"/> nessuno
	3. Impiego		
Data d'entrata 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 Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali _____ Grado di occupazione come da contratto: _____% Orario di lavoro aziendale: ore settimanali _____ Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto			
Data dell'infortunio	Alle ore		

Indicazioni per il/la ferito/a

L'**inabilità al lavoro** viene riportata dal medico sul certificato d'infortunio. Persone parzialmente abili al lavoro devono rispettare l'intero tempo di lavoro, tranne se il medico prescrive altro per motivi medici (vedi riquadro sotto a sinistra).*

Cambio del medico. Comunichi un eventuale cambio del medico immediatamente alla sua assicurazione.

Le necessarie **spese per viaggio e trasporto**, p.es. dal medico/ospedale più vicino, le saranno rimborsate. La preghiamo di scegliere un conveniente mezzo di trasporto appropriato alle condizioni (p.es. mezzo di trasporto pubblico); eventualmente acquistare un abbonamento. La preghiamo di indicare sul conteggio delle spese il suo conto bancario o di posta. Se sceglie di farsi curare all'estero per motivi personali, l'assicurazione non rimborsa i rispettivi costi supplementari.

Annotazioni del medico

e ora della prossima visita	Data		Inabilità al lavoro		Firma del medico
	della visita effettuata	Grado	A partire da		
* Abilità parziale: Ev. osservazioni					
1)	%	cioè	ore/giorno al	%	
2)	%	cioè	ore/giorno al	%	
3)	%	cioè	ore/giorno al	%	

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

Timbro del medico