

## Annuncio d'infortunio-bagattella LAINF

Infortunio N. \_\_\_\_\_

1. <b>Impresa</b>	Nome e indirizzo con NPA	IDI	N° polizza
	_____	Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
2. <b>Infortunato</b>	Cognome e nome	Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
	Via		Nazionalità
	NPA          Domicilio	Stato civile	
3. <b>Impiego</b>	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		
Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali _____			
4. <b>Data dell'infortunio</b>	Alle ore _____		
5. <b>Luogo dell'infortunio</b>	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. officina, strada)		
6. <b>Descrizione dell'infortunio</b>	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
7. <b>Infortunio professionale</b>	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)		
8. <b>Infortunio non prof.</b>	Fino a quando ha lavorato l'infortunato <b>per l'ultima volta</b> nell'impresa <b>prima dell'infortunio</b> (giorno, data, ora)?		
	Fino a: _____	Motivo dell'assenza: _____	
9. <b>Lesione</b>	Parte del corpo lesa: _____ <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita		
	Natura della lesione: _____		
10. <b>Indirizzi dei medici</b>	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo	
	_____	_____	

Viene compilato dall'assicurazione

Se

Na

SC

Qualifica

P/N/F

Lesione

Natura

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 multiplo bianco 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).

CSS Assicurazione  
Assicurazione contro gli  
infortuni LAINF  
Tribtschenstrasse 21  
Casella postale 2568  
6002 Lucerna

CSS Assicurazione  
Assicurazione contro gli  
infortuni LAINF  
Tribtschenstrasse 21  
Casella postale 2568  
6002 Lucerna

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

Infortunio N. \_\_\_\_\_

1. <b>Impresa</b>	Nome e indirizzo con NPA _____ _____	IDI	N° polizza
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
2. <b>Infortunato</b>	Cognome e nome _____ Via _____	Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
	NPA          Domicilio	Stato civile	Nazionalità
3. <b>Impiego</b>	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 Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali _____		
4. <b>Data dell'infortunio</b>	Alle ore _____		
5. <b>Luogo dell'infortunio</b>	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. officina, strada)		
6. <b>Descrizione dell'infortunio</b>	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
7. <b>Infortunio professionale</b>	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)		
8. <b>Infortunio non prof.</b>	Fino a quando ha lavorato l'infortunato <b>per l'ultima volta</b> nell'impresa <b>prima dell'infortunio</b> (giorno, data, ora)? Fino a: _____ Motivo dell'assenza: _____		
9. <b>Lesione</b>	Parte del corpo lesa: _____ <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita Natura della lesione: _____		
10. <b>Indirizzi dei medici</b>	Primo medico/ospedale _____	Medico/ospedale successivo _____	

Luogo e data

Timbro e firma

## Modulo per la farmacia LAINF

Infortunio N. \_\_\_\_\_

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

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

### Nota della farmacia

Data della fornitura	Natura e quantità dei medicinali forniti	Prezzo	
		CHF	Cts.
Allegare le ricette p.f.		<b>Totale</b> _____	

Data: \_\_\_\_\_

Timbro della farmacia: \_\_\_\_\_

3	Code				
---	------	--	--	--	--