

N° GLN LAINF: 7601003101362

Annuncio d'infortunio-bagatella LAINF

		N° infortunio	
1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N° tel.	N° contratto
		E-Mail	
		IDI No d'identificazione delle imprese CHE-	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a
2. Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS
	Via	N° tel. (se disponibile)	Nazionalità
	NPA Domicilio 55555	Stato civile	Altro(i) datore(i) di lavoro
	Nome e indirizzo della cassa malati		
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa	Professione svolta	
	Qualifica: <input checked="" type="checkbox"/> Quadro superiore <input checked="" type="checkbox"/> Quadro medio <input checked="" type="checkbox"/> Impiegato/a o operaio/a <input checked="" type="checkbox"/> Apprendista <input checked="" type="checkbox"/> Praticante Orario di lavoro dell'infortunati (ore settimanali): _____ <input checked="" type="checkbox"/> regolare <input checked="" type="checkbox"/> irregolare		
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 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 checked="" type="checkbox"/> sinistra <input checked="" type="checkbox"/> destra <input checked="" 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-bagatella 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-bagatella va utilizzato l'annuncio d'infortunio LAINF quando si tratta di:

- malattia professionale
- lesione dentaria
- ricaduta

Per le richieste di rimborso vi preghiamo di allegare il giustificativo e comunicarci l'indirizzo del conto bancario/ postale per il seguente rimborso.

Intestatario del conto:

Va a:

Assicurazioni Agrisano SA

N° GLN LAINF: 7601003101362

Annuncio d'infortunio-bagatella LAINF (Copia per il datore di lavoro)

		N° infortunio	
1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N° tel.	N° contratto
		E-Mail	
		IDI No d'identificazione delle imprese CHE-	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a
2. Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS
	Via	N° tel. (se disponibile)	Nazionalità
	NPA Domicilio 55555	Stato civile	Altro(i) datore(i) di lavoro
	Nome e indirizzo della cassa malati		
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa	Professione svolta	
	Qualifica: <input checked="" type="checkbox"/> Quadro superiore <input checked="" type="checkbox"/> Quadro medio <input checked="" type="checkbox"/> Impiegato/a o operaio/a <input checked="" type="checkbox"/> Apprendista <input checked="" type="checkbox"/> Praticante Orario di lavoro dell'infortunati (ore settimanali): _____ <input checked="" type="checkbox"/> regolare <input checked="" type="checkbox"/> irregolare		
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 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 checked="" type="checkbox"/> sinistra	<input checked="" type="checkbox"/> destra <input checked="" type="checkbox"/> indefinita
	Natura della lesione:		
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo	

Luogo e data

Timbro e firma

Va a:

→ Copia per il datore di lavoro

N° GLN LAINF: 7601003101362

Certificato medico d'infornio-bagattella LAINF

		N° infortunio	
1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N° tel.	N° contratto
		E-Mail	
		IDI No d'identificazione delle imprese CHE- ____ . ____ . ____	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a
2. Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS
	Via	N° tel. (se disponibile)	Nazionalità
	NPA Domicilio 55555	Stato civile	Altro(i) datore(i) di lavoro
	Nome e indirizzo della cassa malati		
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa	Professione svolta	
	Qualifica: <input checked="" type="checkbox"/> Quadro superiore <input checked="" type="checkbox"/> Quadro medio <input checked="" type="checkbox"/> Impiegato/a o operaio/a <input checked="" type="checkbox"/> Apprendista <input checked="" type="checkbox"/> Praticante Orario di lavoro dell'infortunati (ore settimanali): _____ <input checked="" type="checkbox"/> regolare <input checked="" type="checkbox"/> irregolare		
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 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 checked="" type="checkbox"/> sinistra <input checked="" type="checkbox"/> destra <input checked="" type="checkbox"/> indefinita	
	Natura della lesione: _____		
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo	

Annotazione del medico

Parte del corpo lesa / Natura della Lesione / Diagnosi:

 Cura terminata? sì, il _____ no

Data

Timbro e firma del medico

Va a:

→ Primo medico curante

→ Assicurazioni Agrisano SA

N° GLN LAINF: 7601003101362

**Modulo per la farmacia
in caso d'annuncio d'infortunio-bagatella LAINF**

		N° infortunio	
Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N° tel.	N° contratto
		E-Mail	
		IDI No d'identificazione delle imprese CHE- ____ . ____ . ____	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a
Infortunato/a	Coognome e nome	Data di nascita	N° AVS
	Via		
	NPA Domicilio 55555		

Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore

Avvertenze per l'infortunato/a

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

Avvertenze per la farmacia

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 menzionato.

Un nuovo modulo potrà essere richiesto direttamente all'assicurazione, se

- lo spazio per l'indicazione delle forniture non è sufficiente;
- dopo tre mesi sono necessari ulteriori medicinali.

Nota della farmacia

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

Data:

Timbro della farmacia: