

N° GLN LAINF: 7601003101362

Annuncio d'infortunio LAINF

	☐ Infortunio ☐ Lesione o	duta			
1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N° tel.	N° contratto		
		E-Mail			
		IDI No d'identificazione delle imp	·	lavoro dell'infortunato/a	
2. Infortunato/a	ortunato/a Cognome e nome		N° AVS		
	Via	N° tel. (se disponibile)	Nazionalità		
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni/ □sì □no	in formazione fino a 25 anni	
	Nome e indirizzo della cassa malati				
3. Impiego	Data d'assunzione	Professione svolta			
	Qualifica: □ Quadro superiore □ Quadro medio Rapporto: □ Contratto a tempo indeterminato □ Contratto a	☐ Impiegato/a o operaio/a tempo determin. fino al	a ☐ Apprendista ☐ Rapporto di la	☐ Praticante voro sciolto per il	
	Orario di lavoro dell'infortunato/a (ore settimanali):	Grado di occupazione co		%	
4 D-1-	Orario di lavoro aziendale (ore settimanali):		☐ irregolare ☐ ad ora	rio ridotto	
4. Data dell'infortunio	Giorno Mese Anno	Alle ore			
5. Luogo dell'infortunio 6. Descrizione	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada) Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coir				
sospetta malattia professionale					
		estimoni:			
7. Infortunio professionale	Esiste un rapporto di polizia? Sì No Sconosciu Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicol		preciso)		
8. Infortunio non professionale	Fino a quando ha lavorato l'infortunato/a per l'ultima volta ne Fino a:	ll'impresa prima dell'infortu Motivo dell'assenza:	unio (giorno, data, ora)	ı?	
9. Lesione		sinistra destra	indefinita		
40 Turkiikk al	Tipo di lesione:	□N-			
10. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio?	□No Se sì, da quando?			
	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro ☐Superiore ad un mese	Se il lavoro è già stato ripre Da quando?	già stato ripreso: ☐totalmente ☐ in parte		
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successive)		
12. Salario	CHF 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 nature, indennità di turno) Genere:		l mese	all'anno	
13. Casi speciali	☐ Assicurazione facoltativa per imprenditori Collaborante familia☐ Altri datori di lavoro:	re? Sì No Se sì, grad	· — —	getto all'imposta alla fonte	
14. Altre presta- zioni di assicura- zioni sociali	L'infortunato/a 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, cassa disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione?				

Luogo e data

Timbro e firma

Geht an: Assicurazioni Agrisano SA



N° GLN LAINF: 7601003101362

Annuncio d'infortunio LAINF

	☐ Infortunio ☐ Lesione d	luta			
1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	Nº tel.	Nº contratto		
		E-Mail			
		IDI No d'identificazione delle impr	rese Abituale posto di l	avoro dell'infortunato/a	
2. Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS		
	Via	N° tel. (se disponibile)	Nazionalità		
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni,	/in formazione fino a 25 anni	
	Nome e indirizzo della cassa malati	1	1		
3. Impiego	Data d'assunzione	Professione svolta			
	Qualifica: Quadro superiore Quadro medio Rapporto: Contratto a tempo indeterminato Contratto a	☐ Impiegato/a o operaio/a tempo determin. fino al		Praticante	
	Orario di lavoro dell'infortunato/a (ore settimanali):	Grado di occupazione co	me da contratto:	%	
	Orario di lavoro aziendale (ore settimanali):	Impiego: regolare	☐irregolare ☐ad ora	ario ridotto	
4. Data dell'infortunio	Giorno Mese Anno	Alle ore			
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada)				
dell'infortunio, sospetta malattia professionale					
	Persone coinvolte: Te	estimoni:			
7. Infortunio professionale	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli		preciso)		
8. Infortunio non professionale	Fino a quando ha lavorato l'infortunato/a per l'ultima volta ne Fino a:	ll'impresa prima dell'infortu Motivo dell'assenza:	inio (giorno, data, ora)?	
9. Lesione	Parte del corpo lesa: Tipo di lesione:	sinistra destra	□indefinita		
10. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? ☐Sì	☐No Se sì, da quando?			
	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro ☐ Superiore ad un mese	Se il lavoro è già stato ripre Da quando?		totalmente in parte	
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo)		
12. Salario	CHF 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 nature, indennità di turno) Genere:		l mese	all'anno	
13. Casi speciali	Assicurazione facoltativa per imprenditori Collaborante familia	re? Sì No Se sì, grad	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	agotto all'imposter - !!- f	
14. Altre presta- zioni di assicura- zioni sociali	□ Altri datori di lavoro: □ Socio □ Soggetto all'imposta alla fonte L'infortunato/a 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, cassa disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione?				

Luogo e data

Timbro e firma



N° GLN LAINF: 7601003101362

Certificate	o medio	co LAINF	☐ Infortunio ☐	Lesione de	nt. 🗌 Malattia	prof. Ricaduta	Nº infortunio
Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA			N° tel.		Nº contratto	
					E-Mail		
						ntificazione delle imprese	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a
Infortunato/a	Cognome e n	nome			Data di na		N° AVS
	Via				N° tel. (se	disponibile)	Nazionalità
	NPA Do	omicilio			Stato civile	e	Figli fino a 18 anni/in formazione fino a 25 anni
	Nome e indiri	izzo della cassa malati	i				<u> </u>
Impiego	Data d'assun	zione			Profession	e svolta	
	Qualifica:	Quadro superior	— •	dro medio		gato/a o operaio/a	☐ Apprendista ☐ Praticante
		Contratto a tempo					
		oro dell'infortunato/a (:			eda contratto:% egolare
Data	Giorno	oro aziendale (ore sett Mese	imanan):	Anno	Impiego:	Alle ore	egolare Lad orano ndotto
dell'infortunio	Giorno	11656		741110		7 life of C	
1. Prima con-	Giorno	Mese		Anno		Alle ore	urante fuori dalle ore di consultazione
sultazione	F W: .					□su	l luogo dell'infortunio al domicilio del paziente
2. Indicazioni del	Fattispecie e	disturbi invocati, ricad	duta ?				
paziente							
3. Stato	a) Costatazio	ni particolari (stato d'	animo, alcool, di	roghe, etc.))		
generale	h) Consequer	nze di malattie e d'info	ortuni: anomalie	corporali (invalidità)		
	b) consegue	ize di malacae e d'illi	ortum, anomane	corporaii (invalidita)		
4. Reperto							
locale							
	Reperto radio	ografico :					
5. Diagnosi							
6. Causalità	Trattasi unica	amente di conseguenz	e d'infortunio ?	sì	□no Se	no, motivare per fav	vore:
7. Terapia	a) Cure eseg	uite?					
	b) Proposte s	speciali?					
	c) Degenza o	spedaliera?	□ sì	no	se sì, dove?		
8. Inabilità lavorativa	□sì al □no	% dal	Durata pre	esumibile?			
9. Ripresa di lavoro	□sì □no	Parzialmente al	% dal		Completa	amente dal	
10. Chiusura della cura medica	□sì il:	sumibilmente fra	settimane				

Luogo e data

Timbro e firma del medico



N° GLN LAINF: 7601003 101362

Modulo po	er la farmacia LAINF Indicare il r	numero di infortunio ———	Nº infortunio
		Nº tel.	N° contratto
		E-Mail	
		IDI No d'identificazione delle imprese	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a
		CHE	
Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS
	Via		
	NPA Domicilio		

Data	Giorno	Mese	Anno	Alle ore
dell'infortunio				

Avvertenze per l'infortunato/a

Se l'assicurazione si è assunta le spese di cura, i medicamenti prescritti dal medico le verranno consegnati dal farmacista gratuitamente.

La preghiamo di ritirare tutti i medicamenti dalla stessa farmacia, al quale consegnerà questo modulo. La preghiamo di indicare, o di far indicare dalla farmacia, in alto a destra, il numero d'infortunio che figura su ogni nostro documento.

Fattura della farmacia

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

Avvertenze per la farmacia

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 d'infortunio indicato sul presente modulo.

La preghiamo di spedire questa nota al termine della cura medica – al massimo tre mesi dopo la data dell'infortunio – all'indirizzo di cui sotto menzionato.

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 medicamenti non fosse terminata dopo tre mesi dalla data dell'infortunio.

Data:

Timbro della farmacia:

	Conto postale o conto bancario:
ı	Fatturazione tramite Ofac?

Va a: Infortunato/a → Farmacia → Assicurazioni Agrisano SA



Nº GLN LAINF: 7601003 101362

Certificate	o d'infortunio LAINF Indicare il r	Nº infortunio			
Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	Nº tel.	Nº contratto		
		E-Mail			
		IDI No d'identificazione delle imprese	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a		
		CHE			
Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	N° AVS		
	Via	Nº tel. (se disponibile)	Nazionalità		
	NPA Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni/in formazione fino a 25 anni ☐sì ☐no		
	Nome e indirizzo della cassa malati				
Impiego	Data d'assunzione	Professione svolta			
	Qualifica: Quadro superiore Quadro medio	☐ Impiegato/a o operaio/a	☐ Apprendista ☐ Praticante		
	Rapporto: Contratto a tempo indeterminato Contratto a tempo determin. fino al Rapporto di lavoro sciolto per il				
	Orario di lavoro dell'infortunato/a (ore settimanali):				
	Orario di lavoro aziendale (ore settimanali):	Impiego: ☐regolare ☐irrego	olare ad orario ridotto		
Data dell'infortunio	Giorno Mese Anno	Alle ore			

Avvertenze per l'infortunato/a

La preghiamo di riportare il **numero d'infortunio** – che figura su ogni documento dell'assicurazione – sul certificato d'infortunio e sul modulo per la farmacia e d'indicarlo ogni volta che desidera un' informazione.

Questo certificato d'infortunio 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 un riconoscimento di una responsabilità dell'assicurazione.

Cambio di medico. Se intende eventualmente cambiare medico, lo comunichi immediatamente all'assicurazione.

Cura ospedaliera. Come assicurazione obbligatoria contro gli infortuni assumiamo le spese per il reparto comune. Per la durata del ricovero in ospedale può essere dedotta dall'indennità giornaliera una partecipazione alle spese di vitto.

L'inabilità lavorativa deve essere indicata dal medico sul certificato d'infortunio. Gli assicurati parzialmente abili al lavoro devono attenersi <u>all'orario normale</u> dell'impresa, a meno che, per motivi speciali, il medico disponga diversamente (vedi 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. Ad ogni assicurato verrà trasmesso l'atto d'accettazione del caso.

Le spese di trasporto e di viaggio necessarie - ad esempio fino al medico o all'ospedale più vicino – le saranno rimborsate. Utilizzi un mezzo di trasporto economico e conforme alla situazione (mezzo di trasporto pubblico): se necessario acquisti un abbonamento. La preghiamo di indicare sulla nota delle spese il numero del suo conto corrente postale o del conto in banca. Se per motivi privati consulta un medico più lontano, le relative spese supplementari non potranno essere coperte dall'assicurazione.

Annotazioni del medico

Data e ora		Inabilità a	al lavoro	Firma del	
della pros- sima visita	della visita effettuata	Grado	A partire dal	medico	
* Ev. osservazioni per abilità parziale:					
1) %, c	ioè	ore/giorno al	%		
2) %, c	ioè	ore/giorno al	%		
3) %, c	ioè	ore/giorno al·	%		

Data e ora		Inabilità a	Firma del	
della pros- sima visita	della visita effettuata	Grado	A partire dal	medico
La cura medica	a è terminata il	Medicamenti ri della farmacia)	tirati presso (no):	me e indirizzo

Timbro del medico