

**Annuncio d'infortunio-bagattella LAINF**

Numero di sinistro

<b>1. Impresa</b>	Nome e indirizzo con NPA		Polizza LAINF / complemento LAINF N. <b>13.500.000</b>	
	<b>DIPARTIMENTO FINANZE-ECONOMIA Servizio Assicurazioni 6500 Bellinzona</b>		Tel. N. <b>091 814 39 26</b>	Conto postale / bancario
			Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
<b>2. Infortunato</b>	Cognome e nome		Data di nascita	N. AVS
	Via		Tel. N. (se disponibile)	Nazionalità
	NPA	Domicilio	Stato civile	
<b>3. Impiego</b>	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			
<b>4. Data dell'infortunio</b>	Giorno	Mese	Anno	Alle ore
<b>5. Luogo dell'infortunio</b>	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada)			
<b>6. Descrizione dell'infortunio</b>	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli			
<b>7. Infortunio professionale</b>	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)			
<b>8. 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: _____			
<b>9. Lesione</b>	Parte del corpo lesa:		<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita	
	Natura della lesione: _____			
<b>10. Indirizzi dei medici</b>	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

<b>1. Impresa</b>	Nome e indirizzo con NPA		Polizza LAINF / complemento LAINF N. <b>13.500.000</b>						
	<b>DIPARTIMENTO FINANZE-ECONOMIA</b>		<table border="1"> <tr> <td>Tel. N. <b>091 814 39 26</b></td> <td>Conto postale / bancario</td> </tr> </table>	Tel. N. <b>091 814 39 26</b>	Conto postale / bancario	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)</td> </tr> </table>		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
	Tel. N. <b>091 814 39 26</b>	Conto postale / bancario							
Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)									
<b>Servizio Assicurazioni</b>									
<b>6500 Bellinzona</b>									
<b>2. Infortunato</b>	Cognome e nome		Data di nascita	N. AVS					
	Via		Tel. N. (se disponibile)	Nazionalità					
	NPA	Domicilio	Stato civile						
<b>3. Impiego</b>	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								
<b>4. Data dell'infortunio</b>	Giorno	Mese	Anno	Alle ore					
<b>5. Luogo dell'infortunio</b>	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada)								
<b>6. Descrizione dell'infortunio</b>	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli								
<b>7. Infortunio professionale</b>	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)								
<b>8. 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: _____								
<b>9. Lesione</b>	Parte del corpo lesa:		<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita						
	Natura della lesione:								
<b>10. Indirizzi dei medici</b>	Primo medico / ospedale		Medico / ospedale successivo						

Luogo e data

Timbro e firma

**Modulo per farmacia LAINF**

Indicare il numero di sinistro →

Numero di sinistro

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

<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.
<b>Totale</b>			

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