

**Annuncio d'infornuto LAINF** Infortunio Lesione dent. Malattia prof. Ricaduta

		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	Stato civile	Figli fino a 18 anni/in formazione fino a 25 anni <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Nome e indirizzo della cassa malati		
3. Impiego	Data d'assunzione	Professione svolta	
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/a o operaio/a <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante		
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determin. fino al ____ <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto per il ____		
	Orario di lavoro dell'infortunato/a (ore settimanali): ____ Grado di occupazione come da contratto: ____ % Orario di lavoro aziendale (ore settimanali): ____ Impiego: <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario 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)		
6. Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli		
	Persone coinvolte: _____ Testimoni: _____ 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 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 type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita	
	Tipo di 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 <input type="checkbox"/> Superiore ad un mese	Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> in parte	
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo
12. Salario	CHF	all'ora	al mese
	Salario base contrattuale incl. carovita (lordo)		all'anno
	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:		
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori Collaborante familiare? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, grado di parentela: _____		
	<input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro: _____ <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Soggetto all'imposta alla fonte		
14. Altre prestazioni di assicurazioni 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

Gehi an: Assicurazioni Agrisano SA



Annuncio d'infornunio LAINF

Infortunio Lesione dent. Malattia prof. Ricaduta

		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	
	Nome e indirizzo della cassa malati		
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 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Nome e indirizzo della cassa malati		
3. Impiego	Data d'assunzione	Professione svolta	
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/a o operaio/a <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante		
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determin. fino al ____ <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto per il ____		
	Orario di lavoro dell'infortunato/a (ore settimanali): ____ Grado di occupazione come da contratto: ____ % Orario di lavoro aziendale (ore settimanali): ____ Impiego: <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario 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)		
6. Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli		
	Persone coinvolte: _____ Testimoni: _____ 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 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 type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita	
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 <input type="checkbox"/> Superiore ad un mese	Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> in parte	
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo	
12. Salario	CHF	all'ora	al mese
	Salario base contrattuale incl. carovita (lordo)		all'anno
	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: _____			
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori Collaborante familiare? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, grado di parentela: _____		
	<input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro: _____ <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Soggetto all'imposta alla fonte		
14. Altre prestazioni di assicurazioni 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

Va a : Fondazione Agrisano, Assicurazione globale

**Certificato medico LAINF** Infortunio Lesione dent. Malattia prof. Ricaduta

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	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 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Nome e indirizzo della cassa malati		
Impiego	Data d'assunzione	Professione svolta	
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/a o operaio/a <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante		
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determin. fino al ____ <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto per il ____		
Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno
	Alle ore		
1. Prima consultazione	Giorno	Mese	Anno
2. Indicazioni del paziente	Fattispecie e disturbi invocati, ricaduta ?		
3. Stato generale	a) Costatazioni particolari (stato d'animo, alcool, droghe, etc.)		
	b) Conseguenze di malattie e d'infortuni; anomalie corporali (invalidità)		
4. Reperto locale	Reperto radiografico :		
5. Diagnosi			
6. Causalità	Trattasi unicamente di conseguenze d'infortunio ? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se no, motivare per favore:		
7. Terapia	a) Cure eseguite? _____		
	b) Proposte speciali? _____		
	c) Degenza ospedaliera? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì, dove?		
8. Inabilità lavorativa	<input type="checkbox"/> sì al % dal	Durata presumibile?	
9. Ripresa di lavoro	<input type="checkbox"/> sì Parzialmente al % dal	Completamente dal	
10. Chiusura della cura medica	<input type="checkbox"/> sì il: <input type="checkbox"/> no - Presumibilmente fra settimane		

Luogo e data

Timbro e firma del medico

Va a : Primo medico curante → Assicurazioni Agrisano SA



Modulo per la farmacia LAINF

Indicare il numero di infortunio →

N° infortunio	
N° tel.	N° contratto
E-Mail	
IDI No d'identificazione delle imprese CHE- _ _ _ _ ' _ _ _ _ ' _ _ _ _	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a
Infortunato/a	N° AVS
Cognome e nome	Data di nascita
Via	
NPA Domicilio	

Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	
	E-Mail	
	IDI No d'identificazione delle imprese CHE- _ _ _ _ ' _ _ _ _ ' _ _ _ _	Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a
Infortunato/a	Cognome e nome	
	Via	
	NPA Domicilio	

Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore
----------------------	--------	------	------	----------

Avvertenze per l'infortunato/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 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.

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.

Fattura della farmacia

Data della fornitura	Natura e quantità dei medicinali 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 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 medicinali non fosse terminata dopo tre mesi dalla data dell'infortunio.

Data:

Timbro della farmacia:

Conto postale o conto bancario:
Fatturazione tramite Ofac?

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

