

Numero di sinistro

Annuncio d'infortunio-bagattella LAINF

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____ _____		Tel. N.	Polizza N. 495 11040.
				Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a (ramo d'impresa)
2. Infortunato/a	Cognome e nome _____		Data di nascita	N. AVS
	Via _____		Stato civile	Nazionalità
	NPA	Domicilio	Altri datori di lavoro	
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa	Data d'uscita	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: ____ Giorni/settimana; ____ ore settimanali; Orario di lavoro aziendale: ____ ore settimanali; <input 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 prof.	Fino a quando ha lavorato l'infortunato/a per l'ultima volta nell'impresa prima dell'infortunio (giorno, data, ora)? Fina a _____ Motivo dell'assenza _____			
9. Lesione	Parte del corpo lesa _____		<input type="checkbox"/> sinistra	<input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita
	Natura della lesione _____			
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo	
11. Cassa malati	Nome e indirizzo con NPA			

Luogo e data

Firma del lavoratore/della lavoratrice

Timbro e firma del datore di lavoro

Avvertenze per il datore di lavoro

Questo annuncio d'infortunio-bagattella deve essere utilizzato nei casi in cui non esiste **alcuna incapacità lavorativa 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 o ricaduta

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: modulo verde → La cassa di compensazione PANVICA, Talstrasse 7, 3053 Münchenbuchsee
 modulo giallo → Copia per i vostri atti
 modulo rosso → Primo medico curante → Mobiliare Svizzera Società d'assicurazione, Bundesgasse 35, 3001 Berna
 modulo blu → Persona infortunata → Farmacia → Mobiliare Svizzera Società d'assicurazione, Bundesgasse 35, 3001 Berna
 Fattura cure mediche → Mobiliare Svizzera Società d'assicurazione, Bundesgasse 35, 3001 Berna

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

Numero di sinistro

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____		Tel. N.	Polizza N. 495 11040.
	_____		Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a (ramo d'impresa)	
2. Infortunato/a	Cognome e nome _____		Data di nascita	N. AVS
	Via _____		Stato civile	Nazionalità
	NPA	Domicilio	Altri datori di lavoro	
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa	Data d'uscita	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: ____ Giorni/settimana; ____ ore settimanali; Orario di lavoro aziendale: ____ ore settimanali; <input 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 prof.	Fino a quando ha lavorato l'infortunato/a per l'ultima volta nell'impresa prima dell'infortunio (giorno, data, ora)? Fina a _____ Motivo dell'assenza _____			
9. Lesione	Parte del corpo lesa _____		<input type="checkbox"/> sinistra	<input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita
	Natura della lesione _____			
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo	
11. Cassa malati	Nome e indirizzo con NPA			

Luogo e data

Firma del lavoratore/della lavoratrice

Timbro e firma del datore di lavoro

Annuncio d'infortunio-bagattella LAINF Modulo per il medico

Numero di sinistro



1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA		Tel. N.	Polizza N. 495 11040.
	_____		Abituale posto di lavoro dell'infortunato/a (ramo d'impresa)	
2. Infortunato/a	Cognome e nome		Data di nascita	N. AVS
	Via		Stato civile	Nazionalità
	NPA	Domicilio	Altri datori di lavoro	
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 prof.	Fino a quando ha lavorato l'infortunato/a per l'ultima volta nell'impresa prima dell'infortunio (giorno, data, ora)? Fina a _____ Motivo dell'assenza _____			
9. Lesione	Parte del corpo lesa _____		<input type="checkbox"/> sinistra	<input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita
	Natura della lesione _____			
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo	
11. Cassa malati	Nome e indirizzo con NPA			

Annotazione del medico

A. Prestazioni secondo tariffa						
Data	Cifra tariffa	Cifra rif.	Quantità	Punti (pt)		
				TARMED PM + PT	Laboratorio	Fisio
Subtotale						

B. Medicamenti / materiale d'uso		
Quantità	Natura	CHF
Totale medicamenti / materiale d'uso		

Diagnosi (Parte del corpo lesa e natura della lesione) e **codice ICD-Code** _____

Cura terminata? si no

Osservazioni _____

Conto bancario / postale _____

Totale punti TARMED x CHF/pt _____ = Totale TARMED	CHF
Totale punti liste d'analisi x CHF/pt _____ = Totale Lab.	
Totale punti Fisio x CHF/pt _____ = Totale Fisio	
Totale medicamenti / materiale d'uso	
Importo completo	

Luogo e data _____ Timbro e firma del medico _____

Va a: Primo medico curante → Mobiliare Svizzera Società d'assicurazione, Bundesgasse 35, 3001 Berna

