

Infortunio Lesione dent.
 Ricaduta Malattia prof.

Infortunio N. _____

Notifica d'infortunio LAINF

Spiegazioni relative alla notifica d'infortunio (vedi retro)

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 _____	Tel. N. _____	Nazionalità _____		
	NPA _____ Domicilio _____	Stato civile _____	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni _____ numero <input type="checkbox"/> nessuno		
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				
	Rapporto <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indetermin. <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determin. <input type="checkbox"/> Risoluz. del rapporto di lavoro				
	Orario di lavoro: _____ giorni per settimana; _____ ore settimanali; Grado di occupazione _____ % Orario di lavoro aziendale: _____ ore settimanali; Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto				
4. Data dell'infortunio	Giorno _____	Mese _____	Anno _____	Alle ore (ora, minuti) _____	
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada) _____				
6. Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia prof.	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, oggetti coinvolti, veicoli _____ _____ _____				
	Persone coinvolte _____				
	Esiste un rapporto della polizia? <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	Natura della lesione _____				
	Il lavoro è stato interrot. in seg. all'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Se sì, da quando? _____		
	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro Superiore ad un mese <input type="checkbox"/>		Se il lavoro è già stato ripreso Da quando? _____ <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> in parte _____ %		
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale _____		Medico/ospedale successivo _____		
	12. Salario	CHF	all'ora	al mese	all'anno
Salario di base contrattuale incl. carovita (lordo) _____					
Indennità figli/famiglia _____					
Indennità vacanze/giorni festivi _____ in % oppure					
Gratifiche/tredicesima (e altro) _____ in % oppure					
Suppl. di salario (ad es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno)					
Denominazione _____					
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltat. per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> sogg. all'imposta alla fonte <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro _____				
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato/a ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altre assicurazioni infortuni obbligatorie, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, cassa disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione? _____				
15. Cassa malati	Nome e indirizzo con NPA _____				
Pagamento dell'indennità giornaliera	Conto corrente postale _____	Detentore del conto _____			
	oppure conto corrente postale della banca _____	oppure Nome della banca _____			
	Conto N. _____	Detentore del conto _____			

Luogo e data

Firma del lavoratore/
della lavoratrice

Timbro e firma del datore di lavoro

Va a:

La cassa di compensazione PANVICA, Talstrasse 7, 3053 Münchenbuchsee

Spiegazioni per la notifica d'infortunio LAINF

Vi preghiamo di compilare in ogni sua parte il modulo per la notifica di infortunio e di rispedircelo quanto prima. Le informazioni che seguono vi saranno di aiuto nella compilazione del modulo. Grazie per la collaborazione.

Considerazioni generali

Il modulo multiplo deve essere compilato:

- se l'inabilità al lavoro è superiore a 3 giorni (compreso il giorno dell'infortunio);
- in caso di malattia professionale;
- per notificare una lesione dentaria;
- in caso di ricaduta.

Qualora fosse necessaria soltanto una cura dentistica, è sufficiente inviare la notifica di infortunio (senza il punto 12 relativo al salario) all'agenzia competente; i restanti moduli possono essere distrutti.

Se dovete comunicare una ricaduta, è necessario indicare il numero di infortunio. Se non lo conoscete, indicate la data dell'infortunio e il nome del datore di lavoro di allora.

Inoltre in caso di infortunio grave – specie se mortale – dovete avvisare subito telefonicamente l'agenzia competente.

Se il caso non rientra in uno di quelli sopra elencati, basta compilare il modulo multiplo verde per la notifica di infortunio-bagattella LAINF.

Gestione dei dati

I dati contenuti nel modulo saranno utilizzati ai seguenti fini:

- per la liquidazione del caso;
- per la compilazione di statistiche anonime nell'ambito della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- per la comunicazione anonima, come previsto dalla legge, all'Ufficio federale di statistica allo scopo di creare una statistica pubblica sui salari nel paese.

Spiegazioni relative a singoli punti della notifica

Punto 1 «Abituale posto di lavoro»

Torneria/Falegnameria/Ufficio EED

Punto 3 «Professione svolta»

Bisogna indicare nel modo più preciso possibile il tipo di attività svolta dall'infortunato/a.

Esempi:

«**meccanico di precisione**» (invece di «**meccanico**»)

«**venditrice, settore tessile**» (invece di «**venditrice**»)

«**direttrice del dipartimento delle finanze**» (invece di «**direttrice**»)

Indicazioni quali manovale, impiegato ecc. sono troppo vaghe.

Punto 5 «Luogo dell'infortunio»

Esempi:

In caso di infortunio professionale:
6500 Bellinzona, capannone 1/cantiere xy/scala C

In caso di infortunio non professionale:
6900 Lugano, incrocio via E. Bossi/via Pioda
6500 Bellinzona, piscina comunale

Punto 6 «Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale»

È richiesta una descrizione il più dettagliata possibile della dinamica dell'evento e delle circostanze concomitanti.

Punto 8 «Infortunio non professionale»

Se l'infortunato/a era già assente dal lavoro prima dell'infortunio, bisogna indicare i motivi dell'assenza (ad es. vacanze, malattia, servizio militare, ferie non pagate, disoccupazione).

Punto 12 «Salario»

Ora bisogna indicare il salario determinante secondo l'AVS (in base all'art. 7 dell'Ordinanza sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti), ossia il salario lordo a cui aveva diritto l'assicurato al momento dell'infortunio prima di dedurre i contributi per le assicurazioni sociali, le imposte, ecc.

Anche se il salario è superiore all'importo massimo del guadagno assicurato, deve essere indicato il salario effettivo.

Per l'assicurazione facoltativa per imprenditori bisogna indicare il salario annuale convenuto.

Punto 13 «Casi speciali/soggetto all'imposta alla fonte»

La ritenuta dell'imposta alla fonte dev'essere effettuata dal datore di lavoro anche durante il periodo di versamento delle indennità giornaliere.

Notifica d'infortunio LAINF
Copia per l'impresa

Infortunio Lesione dent.
 Ricaduta Malattia prof.

Infortunio N. _____

Spiegazioni relative alla notifica d'infortunio (vedi retro)

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 _____		Tel. N. _____	Nazionalità _____
	NPA _____	Domicilio _____	Stato civile _____	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni _____ numero <input type="checkbox"/> nessuno
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			
	Rapporto <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indetermin. <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determin. <input type="checkbox"/> Risoluz. del rapporto di lavoro			
Orario di lavoro: _____ giorni per settimana; _____ ore settimanali; Grado di occupazione _____ % Orario di lavoro aziendale: _____ ore settimanali; Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto				
4. Data dell'infortunio	Giorno _____	Mese _____	Anno _____	Alle ore (ora, minuti) _____
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada) _____			
6. Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia prof.	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, oggetti coinvolti, veicoli _____ _____ _____			
	Persone coinvolte _____			
	Esiste un rapporto della polizia? <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
Natura della lesione _____				
10. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrot. in seg. all'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Se sì, da quando? _____	
	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro Superiore ad un mese <input type="checkbox"/>		Se il lavoro è già stato ripreso Da quando? _____	
			<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> in parte _____ %	
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale _____		Medico/ospedale successivo _____	
12. Salario			CHF	all'ora
	Salario di base contrattuale incl. carovita (lordo) _____			al mese
	Indennità figli/famiglia _____			all'anno
	Indennità vacanze/giorni festivi _____ in % oppure			
	Gratifiche/tredicesima (e altro) _____ in % oppure			
	Suppl. di salario (ad es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno) Denominazione _____			
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltat. per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> sogg. all'imposta alla fonte <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro _____			
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato/a ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altre assicurazioni infortuni obbligatorie, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, cassa disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione? _____			
15. Cassa malati	Nome e indirizzo con NPA _____			
Pagamento dell'indennità giornaliera	Conto corrente postale _____		Detentore del conto _____	
	oppure conto corrente postale della banca _____		oppure Nome della banca _____	
	Conto N. _____		Detentore del conto _____	

Luogo e data

Firma del lavoratore/
della lavoratrice

Timbro e firma del datore di lavoro

Spiegazioni per la notifica d'infortunio LAINF

Vi preghiamo di compilare in ogni sua parte il modulo per la notifica di infortunio e di rispedircelo quanto prima. Le informazioni che seguono vi saranno di aiuto nella compilazione del modulo. Grazie per la collaborazione.

Considerazioni generali

Il modulo multiplo deve essere compilato:

- se l'inabilità al lavoro è superiore a 3 giorni (compreso il giorno dell'infortunio);
- in caso di malattia professionale;
- per notificare una lesione dentaria;
- in caso di ricaduta.

Qualora fosse necessaria soltanto una cura dentistica, è sufficiente inviare la notifica di infortunio (senza il punto 12 relativo al salario) all'agenzia competente; i restanti moduli possono essere distrutti.

Se dovete comunicare una ricaduta, è necessario indicare il numero di infortunio. Se non lo conoscete, indicate la data dell'infortunio e il nome del datore di lavoro di allora.

Inoltre in caso di infortunio grave – specie se mortale – dovete avvisare subito telefonicamente l'agenzia competente.

Se il caso non rientra in uno di quelli sopra elencati, basta compilare il modulo multiplo verde per la notifica di infortunio-bagattella LAINF.

Gestione dei dati

I dati contenuti nel modulo saranno utilizzati ai seguenti fini:

- per la liquidazione del caso;
- per la compilazione di statistiche anonime nell'ambito della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- per la comunicazione anonima, come previsto dalla legge, all'Ufficio federale di statistica allo scopo di creare una statistica pubblica sui salari nel paese.

Spiegazioni relative a singoli punti della notifica

Punto 1 «Abituale posto di lavoro»

Torneria/Falegnameria/Ufficio EED

Punto 3 «Professione svolta»

Bisogna indicare nel modo più preciso possibile il tipo di attività svolta dall'infortunato/a.

Esempi:

«**meccanico di precisione**» (invece di «**meccanico**»)

«**venditrice, settore tessile**» (invece di «**venditrice**»)

«**direttrice del dipartimento delle finanze**» (invece di «**direttrice**»)

Indicazioni quali manovale, impiegato ecc. sono troppo vaghe.

Punto 5 «Luogo dell'infortunio»

Esempi:

In caso di infortunio professionale:
6500 Bellinzona, capannone 1/cantiere xy/scala C

In caso di infortunio non professionale:
6900 Lugano, incrocio via E. Bossi/via Pioda
6500 Bellinzona, piscina comunale

Punto 6 «Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale»

È richiesta una descrizione il più dettagliata possibile della dinamica dell'evento e delle circostanze concomitanti.

Punto 8 «Infortunio non professionale»

Se l'infortunato/a era già assente dal lavoro prima dell'infortunio, bisogna indicare i motivi dell'assenza (ad es. vacanze, malattia, servizio militare, ferie non pagate, disoccupazione).

Punto 12 «Salario»

Ora bisogna indicare il salario determinante secondo l'AVS (in base all'art. 7 dell'Ordinanza sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti), ossia il salario lordo a cui aveva diritto l'assicurato al momento dell'infortunio prima di dedurre i contributi per le assicurazioni sociali, le imposte, ecc.

Anche se il salario è superiore all'importo massimo del guadagno assicurato, deve essere indicato il salario effettivo.

Per l'assicurazione facoltativa per imprenditori bisogna indicare il salario annuale convenuto.

Punto 13 «Casi speciali/soggetto all'imposta alla fonte»

La trattenuta dell'imposta alla fonte dev'essere effettuata dal datore di lavoro anche durante il periodo di versamento delle indennità giornaliere.

Infortunio N.

Certificato medico 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 _____		Tel. N.	Nazionalità
	NPA	Domicilio	Stato civile	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni _____ numero <input type="checkbox"/> nessuno
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			
	Rapporto <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indetermin. <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determin. <input type="checkbox"/> Risoluz. del rapporto di lavoro			
Orario di lavoro: _____ giorni per settimana; _____ ore settimanali; Grado di occupazione _____ %				
Orario di lavoro aziendale: _____ ore settimanali; Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto				
4. Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore (ora, minuti)
1. Primo trattamento	Giorno	Mese	Anno	Ora
			<input type="checkbox"/> durante	<input type="checkbox"/> fuori dall'orario di visita
		<input type="checkbox"/> sul luogo dell'incid.	<input type="checkbox"/> al domic. del/della paziente	
2. Indicazioni del paziente	Come è successo l'infortunio e disturbi, ricaduta?			
3. Stato generale	a) Percezioni particolari (condizioni di spirito, alcool, droghe ecc.)			
	b) Conseguenze di malattie e infortuni nonché anomalie fisiche (invalidità)			
4. Referto	Radiografie:			
5. Diagnosi provvisoria e codice ICD				
6. Causalità	a) Quali possono essere le cause dei disturbi attuali?			
	<input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> altre: quali? _____			
b) Il paziente soffriva già prima di disturbi simili?				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, trattamento presso _____				
7. Terapia	a) Che misure ha preso sino ad ora?			

	b) Proposte delle misure mediche o non mediche particolari?			

c) Il paziente è degente in ospedale?				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, dove?				
8. Inabilità lavorativa	<input type="checkbox"/> sì, al		% dal	probabilmente sino
	<input type="checkbox"/> no			
9. Ripresa del lavoro	<input type="checkbox"/> sì	parziale al	% dal	completa dal
	<input type="checkbox"/> no			
10. Fine del trattamento	<input type="checkbox"/> sì, il			
	<input type="checkbox"/> no – probabilmente tra _____ settimane			

Luogo e data

Timbro e firma del medico

