

Annuncio d'infortunio-bagattella LAINF

N. di sinistro

1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	N. tel.	N. polizza LAINF
		E-mail	N. polizza LAINF-C
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
2. Infortunato	Cognome e nome	Data di nascita	N. AVS
	Via	N. tel.	Nazionalità/Permesso
	Nazione NPA Domicilio	E-mail	Stato civile
3. Impiego	Data d'entrata 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		
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro sciolto al:		
	Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali _____ Grado di occupazione come da contratto: _____ % Orario di lavoro aziendale: ore settimanali _____ Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto <input type="checkbox"/> guadagno intermedio		
4. Data del sinistro	Giorno Mese Anno Alle (ora e minuto)		
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, oggetti coinvolti, veicoli		
	Persone coinvolte: _____		
Esiste un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Si, redatto da: _____ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sconosciuto			
Esiste una constatazione amichevole d'incidente? <input type="checkbox"/> sì, allegare copia <input type="checkbox"/> no			
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 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. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo	
11. Casi speciali	Altri datori di lavoro: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, nome e indirizzi: _____ <input type="checkbox"/> Soggetto all'imposta alla fonte <input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio <input type="checkbox"/> Lavoratore distaccato Nome della cassa malati (con numero di polizza): _____		

Luogo e data

Firma dell'infortunato(a)

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 esista **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 «Notifica di sinistro LAINF» quando si tratta di:

- malattia professionale
- lesione dentaria
- ricaduta

Per le domande di rimborso di fatture già pagate, bisogna allegare i giustificativi originali e indicare qui di seguito l'indirizzo per il rimborso (conto bancario/postale) e il titolare del conto.

--

Va a: Helsana