

Notifica di sinistro LAINF

Infortunio Lesione dentaria
 Malattia prof. Ricaduta

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 polizza? <input type="checkbox"/> sì Sì, 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. 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		Se il lavoro è già stato ripreso:		
	Superiore ad un mese <input type="checkbox"/>		Da quando? <input type="checkbox"/> totalm. <input type="checkbox"/> in parte		
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo		
	Se ospedale/clinica <input type="checkbox"/> ambulatorialmente <input type="checkbox"/> ospedalizzato		Se ospedale/clinica <input type="checkbox"/> ambulatorialmente <input type="checkbox"/> ospedalizzato		
12. Salario	CHF		all'ora	al mese	all'anno
	Salario base contrattuale incl. carovita (lordo).....				
	Indennità figli/famiglia (numero dei figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni: _____)				
	Indennità vacanze/giorni festivi.....in % oppure				
	Gratifiche/tredicesima (e altro).....in % oppure				
	Supplementi di salario (ad es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno).....				
Genere:					
13. 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				
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato 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?				
	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Se sì, di quale assicurazione? _____				
	Nome della cassa malati (con numero di polizza):				

Luogo e data

Firma dell'infortunato

Timbro e firma del datore di lavoro

Copia per Helsana

Notifica di sinistro LAINF
Copia per l'impresa

Infortunio Lesione dentaria
 Malattia prof. Ricaduta

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 polizza? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Sì, 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. 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		Se il lavoro è già stato ripreso:		
	Superiore ad un mese <input type="checkbox"/>		Da quando? <input type="checkbox"/> totalm. <input type="checkbox"/> in parte		
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo		
	Se ospedale/clinica <input type="checkbox"/> ambulatorialmente <input type="checkbox"/> ospedalizzato		Se ospedale/clinica <input type="checkbox"/> ambulatorialmente <input type="checkbox"/> ospedalizzato		
12. Salario	CHF		all'ora	al mese	all'anno
	Salario base contrattuale incl. carovita (lordo).....				
	Indennità figli/famiglia (numero dei figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni: _____)				
	Indennità vacanze/giorni festivi.....in % oppure				
	Gratifiche/tredicesima (e altro).....in % oppure				
	Supplementi di salario (ad es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno).....				
Genere: _____					
13. 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				
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato 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?				
	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Se sì, di quale assicurazione? _____ Nome della cassa malati (con numero di polizza): _____				

Luogo e data

Firma dell'infortunato

Timbro e firma del datore di lavoro

Copia per Helsana

Certificato d'infortunio LAINF

Indicare il numero di sinistro →

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)	

Avvertenze per l'infortunato

La preghiamo di riportare il **numero di sinistro** – che figura su ogni documento di Helsana – sul certificato d'infortunio e sul modulo per la farmacia e d'indicare ogni volta che desidera un'informazione. Questo **certificato d'infortunio** resta nelle sue mani per tutta la durata del trattamento medico; deve essere presentato al medico in occasione di ogni consultazione e consegnato al datore di lavoro al termine della cura. Questo certificato non costituisce riconoscimento di una responsabilità di Helsana.

Cambio di medico. Se intende eventualmente cambiare medico, lo comunichi immediatamente a Helsana.

Cura ospedaliera. Quale assicurazione obbligatoria contro gli infortuni assumiamo le spese del reparto comune. Per la durata del ricovero in ospedale può essere dedotta dall'indennità giornaliera una partecipazione alle spese di vitto. Restano salve eventuali assicurazioni complementari stipulante.

L'inabilità lavorativa deve essere indicata dal medico sul certificato d'infortunio. Gli assicurati parzialmente abili al lavoro devono attenersi all'orario normale dell'impresa, a meno che, per motivi speciali, il medico disponga diversamente per motivi medici (vedi riquadro in basso a sinistra).*

Un diritto all'indennità giornaliera sussiste a partire dal terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. L'indennità giornaliera ammonta all'80% del salario assicurato.

Le spese di trasporto e di viaggio necessarie – ad esempio fino al medico o all'ospedale più vicini – le saranno rimborsate. Utilizzi un mezzo di trasporto economico e conforme alla situazione (mezzo di trasporto pubblico); se necessario acquisti un abbonamento. La preghiamo di indicare sulla nota delle spese il numero del suo conto corrente postale o del conto in banca. Se per motivi privati consulta un medico più lontano, le relative spese supplementari non potranno essere coperte da Helsana.

Annotazioni del medico

Data		Inabilità al lavoro		Firma del medico
e ora della prossima visita	della visita effettuata	Grado	A partire dal	
*Abilità parziale: ev. osservazioni				
1)	%, cioè	ore/giorno al	%	
2)	%, cioè	ore/giorno al	%	
3)	%, cioè	ore/giorno al	%	

Data		Inabilità al lavoro		Firma del medico
e ora della prossima visita	della visita effettuata	Grado	A partire dal	
La cura medica è terminata il		Medicamenti ritirati presso: (nome e indirizzo della farmacia)		

Timbro del medico

Copia a: Infortunato → Impresa → Helsana

Spiegazioni per la notifica di sinistro

Vi preghiamo di compilare in ogni sua parte il modulo per la notifica di sinistro 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) a Helsana; i restanti moduli possono essere distrutti. Sarà Helsana a contattare il dentista.

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

Inoltre in caso di infortunio grave – specie se mortale – dovete avvisare subito telefonicamente Helsana.

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

Gestione dei dati

I dati contenuti nel modulo saranno utilizzati ai seguenti fini:

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

Spiegazioni relative a singoli punti della notifica

Punto 1 «Abituale posto di lavoro»

Contabilità/Reparto moda/Ufficio EED

Punto 3 «Professione svolta»

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

Esempi:

Apprendista di commercio/venditrice tessile/
direttrice del dipartimento delle finanze/cuoco/operatore/
bidello

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»

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.

Helsana Infortuni SA
Servizio Clienti Aziende
Casella postale
6501 Bellinzona