Helsana Infortuni SA
Servizio Clienti Aziende
Casella postale, 6501 Bellinzona www.helsana.ch EAN 7601003005431

Helsana

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: ☐ Quadro superiore ☐ Quadro medio ☐ Impiegato/operaio ☐ Apprendista ☐ Praticante		
	Rapporto: ☐ Contratto a tempo indeterminato ☐ Contratto a tempo determinato ☐ 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: ☐ irregolare ☐ ad orario ridotto ☐ 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? ☐ sì Sì, redatto da: ☐ no ☐ sconosciuto		
	Esiste una constatazione amichevole d'incidente? ☐ sì, allegare copia ☐ 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: ☐ sinistra ☐ destra ☐ indefinita		
	Natura della lesione:		
10. Inabilità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? ☐ sì ☐ no	Se sì, da quando?	
	Durata presumibile dell'inabilità al lavoro	Se il lavoro è già stato ripreso:	
	Superiore ad un mese ☐	Da quando? ☐ totalm. ☐ in parte	
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo	
	Se ospedale/clinica ☐ ambulatorialmente ☐ ospedalizzato	Se ospedale/clinica ☐ ambulatorialmente ☐ 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: ☐ no ☐ sì, nome e indirizzi: ☐ Soggetto all'imposta alla fonte ☐ Assicurazione facoltativa per imprenditori ☐ Familiare collaborante, socio ☐ 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? ☐ no ☐ 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

Il gruppo Helsana comprende Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA, Helsana Infortuni SA e Progrès Assicurazioni SA.

HEL-00137-it-1216-0003-36777