



RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

Notifica d'infortunio LAINF

- Infortunio Lesione dentaria
 Malattia prof. Ricaduta

Infortunio N. _____

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____ _____	Tel. N. _____	Cliente N. _____	
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa) _____		
2. Infortunato	Cognome e nome _____ Via _____	Data di nascita _____	N. AVS _____	
	NPA _____ Domicilio _____	Tel. N. (se disponibile) _____	Nazionalità _____	
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				
Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanale _____ Grado di occupazione come da contratto: _____ %				
Orario di lavoro aziendale: ore settimanale _____ Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto				
4. Data dell' infortunio	Giorno _____ Mese _____ Anno _____ Alle ore _____			
5. Luogo dell' infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. posto di lavoro, 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 <input type="checkbox"/> Sconosciuto			
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 Superiore ad un mese <input type="checkbox"/>		Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? _____ <input type="checkbox"/> totalm. <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 base contrattuale incl. carovita (lordo)				
Indennità figli/famiglia				
Indennità vacanze/giorni festiviin % 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	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro: _____			
14. Altre pre-stazioni 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? Se sì, di quale assicurazione? _____			

Luogo e data

Timbro e firma



RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

Notifica d'infortunio LAINF
Copia per l'impresa

- Infortunio Lesione dentaria
 Malattia prof. Ricaduta

Infortunio N. _____

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____ _____	Tel. N. _____	Cliente N. _____
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa) _____	
2. Infortunato	Cognome e nome _____ Via _____ NPA Domicilio _____	Data di nascita _____ Tel. N. (se disponibile) _____	N. AVS _____ Nazionalità _____ Stato civile _____ Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni _____ numero <input type="checkbox"/> nessuno
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 Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanale _____ Grado di occupazione come da contratto: _____ % Orario di lavoro aziendale: ore settimanale _____ Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto	
4. Data dell' infortunio	Giorno Mese Anno Alle ore		
5. Luogo dell' infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. posto di lavoro, 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 <input type="checkbox"/> Sconosciuto		
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 Superiore ad un mese <input type="checkbox"/> Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? <input type="checkbox"/> totalm. <input type="checkbox"/> in parte		
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale _____ Medico/ospedale successivo _____		
12. Salario	CHF	all'ora	al mese
Salario base contrattuale incl. carovita (lordo)			
Indennità figli/famiglia			
Indennità vacanze/giorni festivi			
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	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro:		
14. Altre pre-stazioni 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? Se sì, di quale assicurazione?		

Luogo e data

Timbro e firma



RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

Modulo per la farmacia LAINF

Indicare il numero dell'infortunio →

Infortunio N.

Impresa	Nome e indirizzo con NPA	Tel. N.	Cliente N.
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
Infortunato	Cognome e nome	Data di nascita	N. AVS
	Via	Tel. N. (se disponibile)	
	NPA Domicilio		
Data dell' infortunio	Giorno	Mese	Anno Alle ore

Avvertenze per l'infortunato

Se l'assicurazione si è assunta le spese di cura, i medicinali prescritti dal medico le verranno consegnati dal farmacista gratuitamente.

La preghiamo di ritirare tutti i medicinali dallo stesso farmacista, al quale consegnerà questo modulo. La preghiamo di indicare, o di far indicare dal farmacista, in alto a destra, il numero d'infortunio che figura su ogni nostro documento.

Avvertenze per il farmacista

L'assicurazione comunica all'infortunato l'assunzione delle spese di cura. La preghiamo di richiedere in visione tale conferma – la quale vale come garanzia di pagamento anche per lei – e di riportare il numero d'infortunio indicato sul presente modulo.

Nota della farmacia

Data della fornitura	Natura e quantità dei medicinali forniti	Prezzo	
		CHF	Cts.
Allegare le ricette p. f.		Totale	

La preghiamo di spedire questa nota al termine della cura medica – al massimo tre mesi dopo la data dell'infortunio – all'indirizzo di cui sopra.

Può richiedere un nuovo modulo all'**assicurazione** – indicando il numero d'infortunio – qualora:

- lo spazio per l'indicazione delle forniture fosse esaurito;
- la fornitura di medicinali non fosse terminata dopo tre mesi dalla data dell'infortunio.

Data:

Timbro della farmacia:

Conto postale o N° di concordato

