

**Notifica d'infortunio LAINF**

- Infortunio     Lesione dentaria  
 Malattia prof.     Ricaduta

Infortunio N. \_\_\_\_\_

Spiegazioni relative alla notifica d'infortunio (vedi retro)

<b>1. Impresa</b>	Nome e indirizzo con NPA _____ _____	Tel. N. _____	Cliente N. _____	Parte d'impresa _____
Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)				
<b>2. Infortunato</b>	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
<b>3. Impiego</b>	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 settimanali _____ Grado di occupazione come da contratto: _____ % Orario di lavoro aziendale: ore settimanali _____ Impiego: <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> ad orario ridotto		
<b>4. Data dell'infortunio</b>	Giorno _____ Mese _____ Anno _____ Alle ore _____			
<b>5. Luogo dell'infortunio</b>	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. officina, strada)			
<b>6. Descrizione dell'infortunio, sospetta malattia professionale</b>	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			
<b>7. Infortunio professionale</b>	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)			
<b>8. Infortunio non prof.</b>	Fino a quando ha lavorato l'infortunato <b>per l'ultima volta</b> nell'impresa <b>prima dell'infortunio</b> (giorno, data, ora)? Fino a: _____	Motivo dell'assenza: _____		
<b>9. Lesione</b>	Parte del corpo lesa: _____ <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita Natura della lesione: _____			
<b>10. Inabilità al lavoro</b>	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		
<b>11. Indirizzi dei medici</b>	Primo medico/ospedale _____	Medico/ospedale successivo _____		
<b>12. Salario</b>	CHF	<b>all'ora</b>	<b>al mese</b>	<b>all'anno</b>
Salario base contrattuale incl. carovita (lordo).....				
Indennità figli/famiglia.....				
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: _____				
<b>13. Casi speciali</b>	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro: _____			
<b>14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali</b>	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, casse disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione?			

Viene compilato dall'assicurazione  
  
 Se   
 Na   
 SC   
 Qualifica

P/N/F   
 Lesione   
 Natura

Luogo e data

Timbro e firma

## Spiegazioni per la notifica d'infortunio

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 (form. 109 senza il punto 12 relativo al salario) all'agenzia competente; i restanti moduli possono essere distrutti. Sarà l'agenzia a contattare il dentista.

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:

- 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 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.

In caso di infortunio professionale vi consigliamo di consultare la pubblicazione Suva

- 66100.i (L'indagine d'infortunio aziendale: per evitare che possa ripetersi!),
- 66100/1.i (Scheda di rilevazione eventi),
- 66100/2.i (Questionario sul sistema di sicurezza aziendale).

---

#### 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.

## 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.	Parte d'impresa
	_____		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
2. Infortunato	Cognome e nome		Data di nascita	N. AVS	
	Via		Tel. N. (se disponibile)	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'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 settimanali _____ Grado di occupazione come da contratto: _____ % 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	
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 <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 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	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio				
	<input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro: _____				
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, casse disoccupazione? Se sì, di quale assicurazione?				

Luogo e data

Timbro e firma

## Modulo per la farmacia LAINF

Indicare il numero  
di infortunio →

Infortunio N.

<b>Impresa</b>	Nome e indirizzo con NPA	Tel. N.	Cliente N.	Parte d'impresa
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
<b>Infortunato</b>	Cognome e nome	Data di nascita	N. AVS	
	Via	Tel. N. (se disponibile)		
	NPA          Domicilio			
<b>Data del- l'infortunio</b>	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 medicamenti forniti	Prezzo	
		CHF	Cts.
		<b>Totale</b>	

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:

3	Code				
---	------	--	--	--	--

Conto postale o N° assegnato dalla Suva

Se il conteggio avviene per mezzo dell'OFAC: 35-1

# Certificato d'infortunio LAINF

Infortunio numero
-------------------

<b>Impresa</b>		
<b>Infortunato</b>	Data di nascita	N. AS / N. AVS
	Nationalità	Stato civile
<b>Data dell'infortunio</b>		

**Avvertenze per l'infortunato**

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

**Cambiamento del medico.** Se dovesse cambiare medico, voglia darne immediatamente conoscenza all'assicurazione.

**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 del caso 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 assunte dall'assicurazione.

**Annotazioni del medico**

	Data		Incapacità di lavoro		Firma del medico
	e ora della prossima visita	della visita effettuata	Grado	A partir dal	
* Capacità parziale/rendimento. Ev. Osservazioni					
1)	%	ciò	ore/giorno al	%	
2)	%	ciò	ore/giorno al	%	
3)	%	ciò	ore/giorno al	%	

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

**Va à:**                      **Infortunato -> Impresa -> Suva**

**Timbro del medico**