

Annuncio d'infortunio-bagattella LAINF		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 _____ Via _____ NPA Domicilio	Data di nascita	N. AVS
		Stato civile	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			
Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali _____			
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	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
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	

Viene compilato dall'assicurazione

Se

Na

SC

Qualifica

P/N/F

Lesione

Natura

Luogo e data

Timbro e firma

Avvertenze per il datore di lavoro

Questo annuncio d'infortunio-bagattella deve essere utilizzato nei casi in cui non esista **alcuna incapacità 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 quando si tratta di:

- malattia professionale
- lesione dentaria
- ricaduta

Invieremo una «distinta degli onorari» al medico consultato.

Alle domande di rimborso dovranno essere allegate le fatture già pagate e dovrà esserci comunicato qui di seguito l'indirizzo per il rimborso (conto bancario/postale).

- Va a:** modulo verde → Suva (vedi sopra per l'indirizzo)
 modulo giallo → Copia per i vostri atti
 modulo blu → Infortunato → Farmacia → Suva

Suva
Casella postale

Suva
Casella postale

Modulo per la farmacia LAINF

Infortunio N. _____

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

Avvertenze per l'infortunato

I medicinali prescritti dal medico le saranno consegnati gratuitamente dal farmacista, dietro consegna di questo modulo. Tutti i medicinali devono essere ritirati presso la medesima farmacia.

Avvertenze per il farmacista

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.

Un nuovo modulo potrà essere chiesto direttamente all'assicurazione, se
 – lo spazio per l'indicazione delle forniture non è sufficiente;
 – dopo tre mesi sono necessari ulteriori medicinali.

Lesione	Parte del corpo lesa: _____ <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita
	Natura della lesione: _____
Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale _____ Medico/ospedale successivo _____

Nota della farmacia

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

Data: _____

Timbro della farmacia: _____

3 Code _____

Conto postale o N° assegnato dalla Suva _____

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