**Sympany Assicurazioni SA**

Peter Merian-Weg 4
4002 Basilea
Telefono 0800 955 000
Fax 0800 955 999
www.sympany.ch

Annuncio d'infortunio-bagattella LAINF

No. infortunio

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____ _____ _____	Telefono _____	No. contratto/polizza _____
		Responsabile (nome, cognome, telefono, e-mail) _____ _____	
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa) _____	
2. Infortunato	Nome e indirizzo con NPA _____ _____ _____	Data di nascita _____	No. AS/no. AVS _____
	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femminile	Nazionalità _____	Stato civile _____
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa _____	Professione svolta _____	Gruppo/cerchia di persone _____
	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 evento	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 _____ _____ _____		
	Persone coinvolte: _____		
7. Infortunio professionale	Oggetti e attrezzatura coinvolti (ad. es. macchine, utensili, veicoli, sostanze: indicare in modo preciso) _____		
8. Infortunio non professionale	Fino a quando ha lavorato l'infortunato per l'ultima volta nell'impresa prima dell'infortunio (giorno, data, ora)? Fino al: _____ Motivo dell'assenza: _____		
9. Lesione	Parte del corpo: _____ <input type="checkbox"/> Sinistra <input type="checkbox"/> Destra	Lesione: _____ _____	
10. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale _____ _____	Medico/ospedale successivo _____ _____	
	Luogo e data _____	Timbro e firma _____	

Avvertenze per il datore di lavoro

Questo annuncio d'infortunio bagattella dev'essere compilato se non vi è alcuna incapacità lavorativa o questa non supera i tre giorni (giorno dell'infortunio e i due giorni susseguenti).

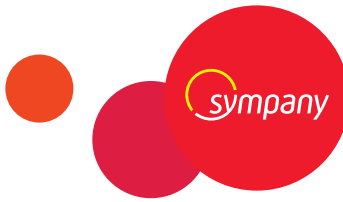
Eccezioni Invece dell'annuncio d'infortunio-bagattella va utilizzato il modulo multiplo bianco quando si tratta di:

- malattia professionale
- lesione dentaria
- ricaduta

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).

Conto bancario: _____



**Sympany Assicurazioni SA**

Peter Merian-Weg 4
4002 Basilea
Telefono 0800 955 000
Fax 0800 955 999
www.sympany.ch

Numero di riferimento (EAN): 7601003019759

Modulo per la farmacia infortunio bagattella LAINFNo. infortunio

Impresa	Nome e indirizzo con NPA	Telefono	No. contratto/polizza
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
	<input type="text"/>		

Infortunato	Nome e indirizzo con NPA	Data di nascita	No. AS/no. AVS
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Professione svolta	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femminile		

Data evento	Giorno	Mese	Anno	Alle ore
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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:	Lesione:
	<input type="checkbox"/> Sinistra <input type="checkbox"/> Destra	<input type="text"/>

Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Nota della farmacia

Data della fortinura	Natura e quantità dei medicinali forniti	Prezzo CHF	Cts.	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allegare le ricette p. f.

Totale

Conto postale, nome banca e n. conto bancario oppure

Va a: Infortunato → Farmacia → Sympany

In caso di fatturazione via OFAC: 35-1

