

Sympany Assicurazioni SA

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

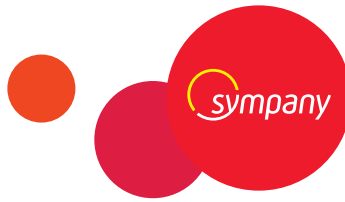
Notifica d'infortunio LAINF

		<input type="checkbox"/> Infortunio	<input type="checkbox"/> Lesione dentaria	No. infortunio
		<input type="checkbox"/> Malattia prof.	<input type="checkbox"/> Ricaduta	
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	
		Telefono (se disponibile)	Nazionalità	
	<input type="checkbox"/> Imposta alla fonte	Figli fino a 18 anni o in formazione a 25 anni (numero)	Stato civile	
	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femminile			
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
	Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato	<input type="checkbox"/> Risoluzione del rapporto di lavoro	
	Orario di lavoro dell'infortunato (ore settimanali):		Grado di occupazione come da contratto:	
	Orario di lavoro aziendale (ore settimanali):		Impiego:	
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:			
	Esiste un rapporto della polizia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sconosciuto			
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:	Lesione:		
	<input type="checkbox"/> Sinistra <input type="checkbox"/> Destra			
10. Inabilità lavorativa	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?		
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale	Medico/ospedale successivo		
12. Salario	Salario di base contrattuale incl. carovita (lordo)	CHF per	Ora	Mese
	Indennità figli/famiglia			Anno
	Indennità vacanze/giorni festivi			
	Gratifiche / tredicesima (e altro)			
	Supplementi di salario (ad. es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno)			
	Denominazione:			
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 malattia, Suva o altra assicurazione infortuni obbligatoria, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, casse disoccupazione o ad un'indennità in caso di maternità? Se sì quale assicurazione?			

Luogo e data

Timbro e firma



**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

		Indicare il numero di infortunio.	No. infortunio
Impresa	Nome e indirizzo con NPA	Telefono	No. contratto/polizza
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato	
Infortunato	Nome e indirizzo con NPA	Data di nascita	No. AS / no. AVS
		Professione svolta	Gruppo/cerchia di persone
	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femminile		
Data evento	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. TotaleVa a: **Infortunato** → **Farmacia** → **Sympany**

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:

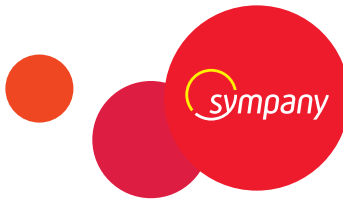
- lo spazio per l'indicazione delle forniture non è sufficiente
- dopo tre mesi sono necessari ulteriori medicinali

Data

Timbro della farmacia

Conto postale, nome banca e n. conto bancario oppure
In caso di fatturazione via OFAC: 35-1



**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

Certificato medico LAINF

Indicare il numero di infortunio.

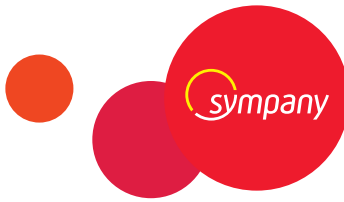
No. infortunio

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____ _____ _____	Telefono _____	No. contratto/polizza _____
		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	Professione svolta _____	Grado di occup. come da contratto _____
3. Data evento	Giorno _____ Mese _____	Anno _____	Alle ore _____
4. Prima consultazione	Giorno _____ Mese _____ <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Sul luogo dell'infortunio	Anno _____ <input type="checkbox"/> Fuori dell'orario di visita	Alle ore _____ <input type="checkbox"/> Al domicilio del paziente
5. Informazioni fornite dal paziente	Fattispecie e disturbi invocati, ricaduta? _____ _____		
6. Stato generale	a) Costatazioni particolari (stato d'animo, alcol, droghe, ecc.) _____ _____ b) Conseguenze di malattie e d'infortuni; anomalie corporali (invalidità) _____ _____		
7. Reperto	_____ _____ Reperto radiografico _____ _____		
8. Diagnosi	_____ _____		
9. Causalità	Trattasi unicamente di conseguenze d'infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se no, motivare per favore: _____ _____		
10. Terapia	a) Cure prescritte? _____ b) Proposte speciali? _____ c) Il paziente è ospedalizzato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, dove? _____ _____		
11. Incapacità al lavoro	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, da quando? _____ Se il lavoro è già stato ripreso <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> in parte Da quando? _____		
12. Ripresa del lavoro	<input type="checkbox"/> Sì Parzialmente al _____ % dal _____ <input type="checkbox"/> No Completamente dal _____		
13. Chiusura della cura medica	<input type="checkbox"/> Sì dal _____ <input type="checkbox"/> No No - presumibilmente tra _____ settimane		

Luogo e data

Timbro e firma del medico

Va a: Primo medico/ospedale curante**Questo certificato medico è da inviare immediatamente a Sympany Assicurazioni**



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

Certificato d'infortunio LAINF

		Indicare il numero d'infortunio.		No. infortunio
1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA	Telefono	No. contratto/polizza	
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
2. Infortunato	Nome e indirizzo con NPA	Data di nascita	No. AS / no. AVS	
		Telefono (se disponibile)	Nazionalità	
	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femminile	Stato civile	Figli fino a 18 anni o in formazione a 25 anni (numero)	
3. Impiego	Data d'ingresso 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"/> Risoluzione del rapporto di lavoro		
	Orario di lavoro dell'infortunato (ore settimanali):	Grado di occupazione come da contratto:		
	Orario di lavoro aziendale (ore settimanali):	Impiego:		
4. Data evento	Giorno	Mese	Anno	Alle ore

Avvertenze per l'infortunato

La preghiamo di riportare il numero d'infortunio – che figura su ogni documento dell'assicurazione – sul certificato d'infortunio e sul modulo per la farmacia e d'indicarlo ogni volta che desidera un'informazione. Questo certificato d'infortunio resta nelle sue mani per tutta la durata del trattamento medico; deve essere presentato al medico in occasione di ogni consultazione e consegnato al datore di lavoro al termine della cura. Questo certificato non costituisce riconoscimento di una responsabilità dell'assicurazione.

Cambio di medico. Se intende eventualmente cambiare medico, lo comunichi immediatamente all'assicurazione. Cura ospedaliera. Quale assicurazione obbligatoria contro gli infortuni assumiamo le spese in corsia comune. Per la durata del ricovero in ospedale può essere dedotta dall'indennità giornaliera una partecipazione alle spese di vitto.

L'inabilità lavorativa deve essere indicata dal medico sul certificato d'infortunio. Gli assicurati parzialmente abili 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).*

Un diritto all'indennità giornaliera sussiste a partire dal terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. L'indennità giornaliera ammonta all'80% del salario assicurato. La comunicazione trasmessa ad ogni assicurato all'atto dell'accettazione del caso informa sul pagamento dell'indennità.

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 necessario 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 coperte dall'assicurazione.

Annotazioni del medico

e ora della prossima visita	Data della visita effettuata	Grado	Inabilità lavorativa		Firma del medico
				Valido dal	

* Abilità parziale: Ev. osservazioni

1) _____ % cioè _____ Ore/giorno al _____ %

2) _____ % cioè _____ Ore/giorno al _____ %

3) _____ % cioè _____ Ore/giorno al _____ %

La cura medica è terminata il _____

Medicamenti ritirati presso (nome e indirizzo della farmacia):

Timbro del medico



Va a: Infortunato → esercizio → Sympany