

**Notifica d'infortunio LAINF**
 Infortunio     Lesione dentaria  
 Malattia prof.     Ricaduta

N. di sinistro

Spiegazioni relative alla notifica d'infortunio (vedi retro)

<b>1. Impresa</b>	Nome e indirizzo con NPA	Tel. N.	No. del contratto	
	_____	Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
<b>2. Infortunato</b>	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	
<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 (ora, minuti)
<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"/> Soggetto all'imposta alla fonte <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? <b>Nom de l'assurance maladie obligatoire:</b> _____			
<b>15. Relazione bancaria</b>	No. CCP o banca e IBAN: _____			
	Titolare del conto: _____			

Luogo e data

Timbro e firma

Va a:

**Basilese Assicurazione SA, Sinistri Svizzera, Aeschengraben 21, Casella postale, 4002 Basel**  
**Tel. 00800 24 800 800, Fax +41 58 285 90 73, sinistri@baloise.ch, www.baloise.ch**

## 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 – dovrete 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.

---

### 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**

- 
- Infortunio
- 
- Lesione dentaria
- 
- 
- Malattia prof.
- 
- Ricaduta

N. di sinistro

1. <b>Impresa</b>	Nome e indirizzo con NPA		Tel. N.	No. del contratto
	_____		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)	
2. <b>Infortunato</b>	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. <b>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			
4. <b>Data dell'infortunio</b>	Giorno	Mese	Anno	Alle ore (ora, minuti)
5. <b>Luogo dell'infortunio</b>	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad. es. officina, strada)			
6. <b>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				
7. <b>Infortunio professionale</b>	Oggetti e attrezzature coinvolti (ad es. macchine, utensili, veicoli, sostanze; indicare in modo preciso)			
8. <b>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: _____			
9. <b>Lesione</b>	Parte del corpo lesa: _____		<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indefinita	
Natura della lesione: _____				
10. <b>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		Se il lavoro è già stato ripreso:	
	Superiore ad un mese <input type="checkbox"/>		Da quando? <input type="checkbox"/> totalm. <input type="checkbox"/> in parte	
11. <b>Indirizzi dei medici</b>	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo	
	_____		_____	
12. <b>Salario</b>	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. <b>Casi speciali</b>	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori <input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio <input type="checkbox"/> Soggetto all'imposta alla fonte <input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro: _____			
14. <b>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? <b>Nom de l'assurance maladie obligatoire:</b> _____			
15. <b>relazione bancaria</b>	No. CCP o banca e IBAN: _____ titolare del conto: _____			

Luogo e data

Timbro e firma

Va a:

**Basilese Assicurazione SA, Sinistri Svizzera, Aeschengraben 21, Casella postale, 4002 Basel**  
**Tel. 00800 24 800 800, Fax +41 58 285 90 73, sinistri@baloise.ch, www.baloise.ch**

**Certificato medico LAINF**

N. di sinistro

<b>1. Impresa</b>	Nome e indirizzo con NPA		Tel. N.	No. del contratto	
			Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)		
<b>2. Infortunato</b>	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	
<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. Date de l'accident</b>	Giorno	Mese	Anno	Alle ore (ora, minuti)	
<b>1. Primo trattamento</b>	Giorno	Mese	Anno	Ora	<input type="checkbox"/> durante <input type="checkbox"/> fuori dall'orario di visita <input type="checkbox"/> sul luogo dell'incidente <input type="checkbox"/> al domicilio del/della paziente
<b>2. Indicazioni del/della paziente</b>	Come è successo l'infortunio e disturbi, ricaduta?				
<b>3. Stato generale</b>	a) Percezioni particolari (condizioni di spirito, alcool, droghe ecc.)				
	b) Conseguenze di malattie e infortuni nonché anomalie fisiche (invalidità)				
<b>4. Referto</b>	Radiografie:				
<b>5. Diagnosi provvisoria</b>					
<b>6. Cause</b>	a) Quali possono essere le cause dei disturbi attuali:			b) I/la paziente soffriva già prima di disturbi simili?	
	<input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> altre: quali?			<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, trattamento presso	
<b>7. Terapia</b>	a) Che misure ha preso sino ad ora?				
	b) Propone delle misure mediche o non mediche particolari?				
	c) Il/la paziente è degente in ospedale? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì; dove?				
<b>8. Inabilità lavorativa</b>	<input type="checkbox"/> sì	parziale al	% dal	probabilmente sino	
	<input type="checkbox"/> no				
<b>9. Ripresa del lavoro</b>	<input type="checkbox"/> sì	parziale al	% dal	completa dal	
	<input type="checkbox"/> no				
<b>10. Fine del trattamento</b>	<input type="checkbox"/> sì, il:				
	<input type="checkbox"/> no – probabilmente tra		settimane		

Luogo e data

Timbro e firma del medico

Va a: Primo medico che si è occupato del caso → Assicurazione



