Noi, i sinistri, li liquidiamo rapidamente!

20.2.88

P 0080 P

Mobiliare Svizzera
Società d'assicurazioni

Agenzia generale Franco R. Ferrari Viale Officina 10 6500 Bellinzona

Lodevole
Consiglio Parrocchiale
di Brione Verz. Frasco e
Sonogno

6611 Brione (Verzasca)

Geschäftsantwortsendung
Porto vom Empfänger bezahlt

Correspondance commerciale-réponse
Port payé par le destinataire

Invio commerciale-risposta
Tassa pagata dal destinatario

Nicht frankieren

Ne pas affranchir

Non affrancare

Vertraulich
Confidentiel
Confidenziale

3094/6.83/120

Direktion

SCHWEIZERISCHE MOBILIAR

Kranken- und Unfallversicherung

Ärztlicher Dienst

3001 BERN

Da riempire con la macchina da scrivere p. f.

Mobiliare Svizzera
Società d'assicurazioni, Berna

Numero di sinistro

Annuncio d'infortunio LAINF

1. Datore di lavoro
Nome ed indirizzo con NPA
Tel. N.
Polizza N.
Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)

2. Infortunato
Cognome e nome
Data di nascita
N. AVS (11 cifre)
Via
Nazionalità
Comune d'attinenza
NPA Domicilio
Stato civile
Figli sotto i 20 anni o in formazione fino a 25 anni ☐ numero ☐ nessuno

3. Impiego
Data d'entrata nell'impresa
Attività professionale abituale
☐ qualificata ☐ semi-qualificata ☐ non qualificata ☐ apprendista

4. Data dell'infortunio
Giorno Mese Anno Alle ore

5. Luogo dell'infortunio
Dov'è successo l'infortunio? (località / posto esatto)

6. Descrizione dell'infortunio
Attività all'atto dell'infortunio; dinamica dello stesso; persone, macchine, attrezzi, veicoli o sostanze coinvolti

7. Delucidazione
Chi ha svolto le indagini?
Nome dei testimoni?
Vennero interrogati?
Inchiesta desiderata? ☐ sì ☐ no
☐ sì ☐ no

8. Infortunio non professionale
Quando ha lavorato l'infortunato **per l'ultima volta** presso il datore di lavoro **prima dell'infortunio?** (giorno, data, ora)

9. Lesione
Parte del corpo lesa (sinistra / destra)
Natura della lesione

10. Inabilità al lavoro
Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio?
☐ sì ☐ no
Se sì, da quando? (data e ora)

11. Indirizzi dei medici
Primo medico / ospedale
Medico / ospedale successivo

12. Orario di lavoro dell'infortunato
Giorni per settimana
Ore per settimana
Ore settimanali fatte normalmente in ditta
Occupazione:
☐ irregolare ☐ a orario ridotto

13. Salario

		Fr.	all'ora ①	al giorno ②	al mese ③	all'anno ④
In contanti	Salario base (lordo)					
	Indennità di carovita					
	Cottimo / Provvigione					
	Indennità figli / famiglia					
	Indennità vacanze / giorni festivi % o					
	Altre indennità (genere):					
	Gratificazioni / Tredicesima % o					
In natura	Genere:					

Casi speciali ☐ Membro della famiglia ☐ Socio ☐ Assicurato facoltativo ☐ Stagionale
Ulteriore datore di lavoro:

14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali
L'infortunato ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: Cassa-malati, INSAI o altre Assicurazioni infortuni obbligatorie, Assicurazione invalidità, Assicurazione vecchiaia e superstiti, Assicurazione militare, Cassa disoccupazione?
Se sì, di quale assicurazione?

Luogo e data
Timbro dell'impresa e firma

3683/10.83/2

Esemplare per L'assicurazione