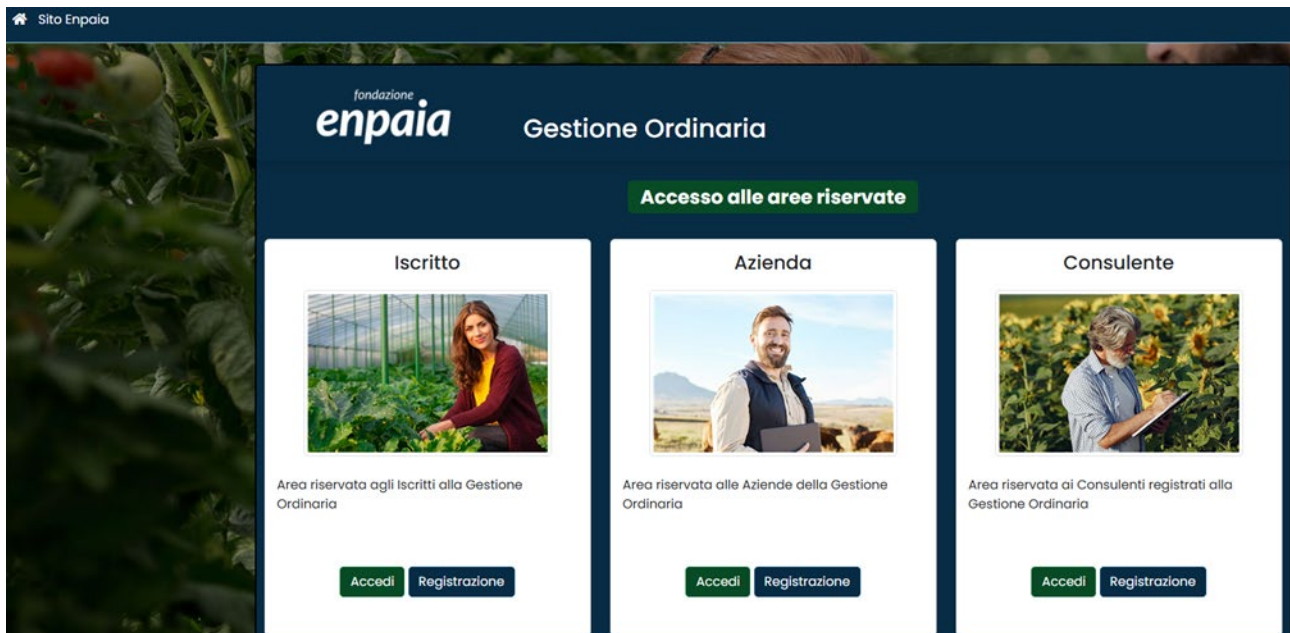


Come previsto dal Regolamento dell'Assicurazione contro gli Infortuni e le Malattie Professionali, in caso di evento infortunistico, sia professionale/in itinere che extraprofessionale e di richiesta di riconoscimento di malattia professionale in costanza di rapporto di lavoro, l'onere della denuncia ricade sul datore di lavoro.

La denuncia di infortunio deve essere inserita dal datore di lavoro o dal consulente nella sezione dedicata all'Area Web Infortuni entro 20 giorni, compreso il giorno dell'infortunio. In caso di ritardata denuncia, le eventuali prestazioni saranno corrisposte a decorrere dalla data di inserimento della denuncia.

La richiesta di riconoscimento di malattia professionale può essere inserita in qualsiasi momento attesa la costanza del rapporto di lavoro.



Accedendo alla propria Area Web e alla sezione Infortuni, sarà necessario:

1. Cercare il dipendente inserendo nome e cognome o matricola.
2. Specificare se si tratta di infortunio professionale o extraprofessionale.

## Nuovo infortunio



Tipo infortunio \*

[Selezionare]



Iscritto




Selezionare la tipologia infortunio e l'assicurato

Avanti

Chiudi

3. Compilare i campi relativi alla data di accadimento dell'infortunio e luogo dove è avvenuto lo stesso.



Codice Fiscale  
Pec  
Indirizzo

Matricola  
Numero fisso

Email  
Numero di cellulare

Denuncia dell'Azienda

**Dati denuncia**

Data denuncia \*  
27/01/2025

Data infortunio \*  
giorno/mese/anno

Comporta astensione lavorativa \*  
[Selezionare]

**Luogo accadimento**

Via/Piazza  
[Selezionare]

Indirizzo  
[Selezionare]

Civico  
[Selezionare]

Stato  
ITALIA

Comune  
Digita la prima lettera del comune

Localita  
[Selezionare]

Prov.  
[Selezionare]

Salva ed invia

Chiudi finestra

4. In caso di infortunio professionale con prognosi iniziale pari o superiore a 30 giorni deve essere effettuata la denuncia all'autorità di pubblica sicurezza da parte del datore di lavoro o del consulente.  
L'attestazione dell'avvenuta denuncia dovrà essere allegata nella area riservata.
5. La documentazione necessaria all'iter procedurale della denuncia sarà inserita dall'assicurato mediante l'accesso alla sua area riservata.
6. Al termine del periodo di assenza, il datore di lavoro compilerà i campi relativi alla chiusura dell'evento, indicando data di inizio e data fine dell'assenza, beneficiario della prestazione, relativo IBAN, retribuzione lorda del mese dell'infortunio e inserendo come allegato il cedolino paga.



	Codice Fiscale	Matricola	Email
	Pec	Numero fisso	Numero di cellulare
	Indirizzo		

**Numero Pratica:**

Stato: INVIATA ALL'AZIENDA PER CHIUSURA

Denuncia dell'Azienda	Allegati
-----------------------	----------

**Dati denuncia**

Data denuncia *	Data infortunio *	Comporta astensione lavorativa *
27/01/2025	27/01/2025	Si

**Luogo accadimento**

Via/Piazza	Indirizzo	Civico	
Stato	Comune	Localita	Prov.

**Periodi di assenza con retribuzione**

Nessun periodo presente

**Tipo Beneficiario \***  ✓

**Iban Iscritto**  ✓

**Iban Azienda**  ✓

Data dal	Data al	Importo	% Part Time	Importo Totale	
<input type="text" value="giorno/mese/anno"/> ✓	<input type="text" value="giorno/mese/anno"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="button" value="Aggiungi"/>

In costanza di rapporto di lavoro la richiesta di riconoscimento di Malattia Professionale deve essere inoltrata dal datore di lavoro.



Codice Fiscale

|

Pec

Indirizzo

Matricola

Numero fisso

Email

Numero di cellulare

Denuncia dell'Azienda

Allegati

**Dati denuncia**

Data denuncia \*

27/01/2025

Data infortunio \*

giorno/mese/anno

Lavorazioni e/o sostanze inerenti l'attività lavorativa del richiedente \*

Empty text area for work activities with a warning icon on the right.

Modalità di svolgimento delle lavorazioni \*

Empty text area for work modalities with a warning icon on the right.

**Mansione 1**

Dal \*

giorno/mese/anno

Al \*

giorno/mese/anno

Mansione \*

Empty text area for job title with a warning icon on the right.

**Mansione 2**

Dal

giorno/mese/anno

Al

giorno/mese/anno

Mansione

Empty text area for job title with a green checkmark on the right.

**Mansione 2**

Dal

giorno/mese/anno ✓

Al

giorno/mese/anno ✓

Mansione

**Mansione 3**

Dal

giorno/mese/anno ✓

Al

giorno/mese/anno ✓

Mansione

**Descrizione mansioni e dei compiti lavorativi**

Descrizione dettagliata delle mansioni e dei compiti lavorativi negli ultimi cinque anni \*

**Dati malattia**

Quando sono stati denunciati i primi sintomi della malattia? (Medico Competente) \*

La malattia ha comportato astensione al lavoro?

 SI NO

Periodo di malattia negli ultimi cinque anni \*

Il dipendente è soggetto a visite periodiche da parte del medico competente?

 SI NO

Salva ed invia

Chiudi finestra

Una volta inserita la denuncia da parte del datore di lavoro o del consulente, l'assicurato riceverà una notifica tramite mail al proprio indirizzo di posta elettronica. Effettuato l'accesso alla sua area riservata, dovrà completare la denuncia stessa.

- Confermare data e luogo dell'evento.
- Descrivere dettagliatamente la dinamica.
- In caso di infortunio determinato da un incidente stradale causato da terzi, fornire obbligatoriamente i dati richiesti.

Dettaglio infortunio EXTRAPROFESSIONALE



	Codice Fiscale	Matricola	Email
	Pec	Numero fisso	Numero di cellulare
	Indirizzo		

Numero Pratica:

Stato: IN VERIFICA ALL'ISCRITTO

Denuncia dell'assicurato	Denuncia dell'Azienda	Allegati
--------------------------	-----------------------	----------

<b>Dati denuncia</b>			
Data infortunio *			
giorno/mese/anno			
<b>Luogo accadimento</b>			
Via/Piazza *	Indirizzo *	Civico *	
[Selezionare]			
<b>Dati denuncia</b>			
Data infortunio *			
giorno/mese/anno			
<b>Luogo accadimento</b>			
Via/Piazza *	Indirizzo *	Civico *	
[Selezionare]			
Stato *	Comune *	Località *	Prov. *
ITALIA	Digita la prima lettera del comune		
Descrizione infortunio (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze) *			
La causa è un incidente stradale con responsabilità di terzi?			
SI	NO		

Convalida

Chiudi finestra

Qualora i campi obbligatori non vengano alimentati non sarà possibile completare la denuncia e salvarla.

La finalizzazione della denuncia potrà avvenire comunque in un momento successivo.

Quale data di denuncia dell'evento sarà sempre considerata quella della denuncia inserita dal datore di lavoro o dal consulente.

Eventuale documentazione successiva a quella prodotta in sede di denuncia potrà essere allegata dall'assicurato con successivi accessi alla sua area riservata.

Dopo la ripresa dell'attività lavorativa, a fronte della chiusura dell'evento effettuata dal datore di lavoro o dal consulente con l'inserimento dei dati relativi al beneficiario della prestazione, al suo IBAN e alla retribuzione, l'assicurato sarà chiamato ad effettuare la verifica e la convalida.

Si ricorda che i servizi on line dell'ENPAIA relativi all'Assicurazione contro gli Infortuni e le Malattie Professionali saranno attivi a partire **dal 3 marzo 2025**.

Per facilitare la transizione, **fino al 31 ottobre 2025**, l'attività di denuncia degli eventi infortunistici potrà essere effettuata anche attraverso i canali attualmente utilizzati.

A decorrere **dal 3 novembre 2025** sarà attiva esclusivamente l'Area Web.