

Notifica d'infortunio

Persona assicurata:

Nome, cognome _____ N. di cliente _____

Data di nascita _____ Telefono P _____ U _____

Professione _____

Esercita un'attività indipendente? sì no

N° di ore lavorative settimanali: 8 e più ore meno di 8 ore

È disoccupato/a? sì no

Indirizzo del datore di lavoro: (se disoccupato/a, inserire ultimo datore di lavoro) _____

Data dell'ultimo giorno d'impiego: _____

Percepisce prestazioni della cassa di disoccupazione? sì no

In caso negativo, come mai? _____

Data dell'infortunio: _____ Ora dell'infortunio: _____

Luogo dell'infortunio (denominazione esatta): _____

L'infortunio è avvenuto: sul tragitto per recarsi al lavoro/a scuola sul lavoro/a scuola al di fuori del lavoro/scuola

Dinamica dell'infortunio: (descrizione esatta, attività al momento dell'infortunio, persone interessate, veicoli, macchine ecc.) _____

Tipo di lesione(i): _____

Parti del corpo interessate (destra/sinistra): _____

È inabile al lavoro? sì no

In caso affermativo, a partire da quale data? _____

Grado dell'incapacità al lavoro % _____

Primo medico/ospedale/clinica:

Cognome, nome: _____

Indirizzo, NPA luogo: _____

Medico/ospedale/clinica curante successivi:

Cognome, nome: _____

Indirizzo, NPA luogo: _____

Se l'infortunio è stato causato da terzi o da un fattore esterno:

Nome, Indirizzo di terzi: _____

Assicurazione di responsabilità civile di terzi: _____

Genere di fattore esterno: _____

È stato allestito un rapporto di polizia? sì no

Cognome, nome (poliziotto/poliziotta) _____

Ci sono testimoni? sì no

1. Cognome, nome: _____

Indirizzo, NPA luogo: _____

2. Cognome, nome: _____

Indirizzo, NPA luogo: _____

- La persona che ha subito l'infortunio è assicurata anche altrove? sì no
- presso l'assicurazione infortuni obbli. del datore di lavoro > Completare la tabella A
- presso una società d'assicurazioni privata > Completare la tabella B
- presso un altro assicuratore malattia > Completare la tabella C

Costi di cura : Perdita di guadagno: **A**

reparto ospedaliero comune LAINF

reparto ospedaliero semiprivato altre

reparto ospedaliero privato _____ CHF/giorno

acomplemento dell'ass. malattia _____ % del salario

Cognome, nome: _____

Indirizzo, NPA luogo: _____

Costi di cura : Perdita di guadagno: **B**

reparto ospedaliero comune LAINF

reparto ospedaliero semiprivato altre

reparto ospedaliero privato _____ CHF/giorno

acomplemento dell'ass. malattia _____ % del salario

Cognome, nome: _____

Indirizzo, NPA luogo: _____

Costi di cura : Perdita di guadagno: **C**

reparto ospedaliero comune LAINF

reparto ospedaliero semiprivato altre

reparto ospedaliero privato _____ CHF/giorno

acomplemento dell'ass. malattia _____ % del salario

Cognome, nome: _____

Indirizzo, NPA luogo: _____

- L'infortunio è avvenuto con un veicolo a motore? sì no
- Conducente del proprio veicolo N° di targa: _____
- Conducente di un veicolo di terzi N° di targa: _____
- Passeggero N° di targa: _____

Sussiste un'assicurazione passeggeri? sì no

È stato annunciato un caso di prestazioni? sì no

Cognome, nome: _____

Indirizzo, NPA luogo: _____

La persona assicurata autorizza l'ente assicurativo a visionare gli atti ufficiali e medici, come anche gli atti di assicuratori sociali o privati. La persona assicurata è inoltre d'accordo che l'ente assicurativo trasmetta a terzi i dati necessari al disbrigo del sinistro, cioè ad assicuratori coinvolti e ad essi richieda le informazioni di cui necessita.

Luogo e data _____

Firma della persona assicurata o del rappresentante legale,
del tutore o dell'autorità tutoria _____