



Avviso d'infortunio

(da compilare dall'associato, risp. del rappresentante legale)

La preghiamo di rispondere a tutte le domande che la concernano in maniera esatta e integrale (niente righe) e di ritornarci al più presto l'avviso d'infortunio. In caso d'obbligo alla prestazione da parte di terzi, la cassa malati avrà l'obbligo alla prestazione solo in seconda linea.

Data della consegna: _____

1. Persona ferita

Cognome / Nome _____

Data di nascita _____

Via / n. _____

Tel. privato _____

NPA / Località _____

Tel. lavoro _____

Professione _____

Lavoro a tempo parziale _____

Cognome e indirizzo del datore di lavoro _____

Se disoccupato: quando e presso chi ha svolto per ultimo un'attività lucrativa?

Orario di lavoro _____

giorni per settimana _____

ore per settimana _____

Ore lavorative media per settimana? _____

meno di 8 ore 8 ore e più

Da allora ha percepito indennità giornaliera da parte dell'assicurazione contro la disoccupazione?

sì, dal _____ al _____
 no

2. Dinamica dell'infortunio

Data dell'infortunio _____

Orario _____

Luogo _____

Descrizione esatta della dinamica dell'infortunio

L'incidente è dovuto a una terza persona? _____

sì no

Cognome, nome, indirizzo e numero telefonico della stessa

Nome e indirizzo della sua assicurazione di responsabilità civile

Testimoni _____

È stato fatto un rapporto della polizia? (se sì, per favore allegare una copia) _____

sì no

Se si tratta di un infortunio sportivo, indicare il nome dell'associazione

3. Ferite

Genere di ferite (descrizione esatta, parte del corpo, ecc.)

Inizio del trattamento _____

Primo medico curante _____

Sussequente trattamento tramite _____

Lei è inabile al lavoro? _____

sì no

100% dal _____

% dal _____



Avviso d'infortunio

4. Altre assicurazioni

Con quale delle assicurazioni menzionate di seguito le è assicurato obbligatoriamente e/o in complemento contro gli infortuni e in che misura?

Per favore compilare con precisione.

Se non ha alcuna assicurazione contro gli infortuni, deve ad ogni modo spuntare «no».

Assicurazione	Assicuratore	Copertura dei costi di guarigione, p. es. per intero o in complemento alla cassa malati	È assicurato contro la perdita di guadagno?
Ass. obbl. infortunio del datore di lavoro <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Assic. compl. all'assic. obbl. contro gli infortuni del datore di lavoro <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Assicurazione privata contro gli infortuni <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Assicurazione infortunio scolastica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Altre assicurazioni <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Ha stipulato una convenzione sinistri? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Percepisce una rendita da parte dell'Ass. fed. AI, SUVA/INSAI, LAINE, AM o assicurazione privata? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			

5. Ulteriori domande in caso di incidenti stradali

Genere (p. es. bicicletta, motorino, automobile) e numero di targa		
	del veicolo da lei utilizzato	del veicolo in collisione
Titolare (proprietario) Cognome, nome, indirizzo, tel.		
Conducente Cognome, nome, indirizzo, tel.		
Assicurazione di responsabilità civile		
Assicurazione terzi		

Il firmatario/la firmataria dichiara di aver risposto in verità e integralmente a tutte le domande e autorizza la cassa malati a consultare tutti gli atti che riguardano l'infortunio (p. es. documentazione medica, documenti della SUVA/INSAI, dell'AM e dell'assicuratore privato contro gli infortuni).

Data

Firma