

N°

Dichiarazione d'infortunio

- Standard:** ignori i punti 5 e 6
- Circolazione:** ignori il punto 6
- Dentario:** ignori il punto 5

1. Informazioni generali

2. Statuto della persona che ha subito una lesione

Se salariata

Professione, nome e indirizzo del datore di lavoro

Numero di ore di lavoro a settimana al momento dell'infortunio?

Nome dell'assicurazione infortuni del datore di lavoro (ad es.: SUVA)

L'infortunio gli è stato segnalato? Sì No

Se sì, indichi il numero di sinistro

Se non salariata

Senza attività Casalingo/a Pensionato/a Indipendente

Studente/essa Scolaro/a / Bambino/a Al servizio militare

Disoccupato/a Venivano percepite indennità di disoccupazione? Sì No

Se sì da quando a quando?

3. Circostanze dell'infortunio

Data (GG/MM/AAAA) Ora

Località

Descrizione dettagliata della dinamica dell'evento. Se necessario scriva sul dorso del foglio
(Ad es.: attività sportiva, altra persona, veicolo, oggetto, evento particolare, condizioni meteorologiche particolari... ecc.)

A quale/i numero/i di telefono è raggiungibile durante la giornata?

L'infortunio è avvenuto nell'ambito dell'attività scolastica o durante il tragitto? Sì No

L'infortunio è avvenuto mentre andava o tornava dal lavoro? Sì No

N° | | | | | | | | | |

L'infortunio è avvenuto nell'ambito di una competizione? Sì No

È stato redatto un rapporto di polizia? Sì No

Se sì, da chi?

È stata redatta una constatazione amichevole? (Se sì, allegarne una copia al presente documento) Sì No

Nell'infortunio è implicata una persona o un'azienda terza? Sì No

Se sì: cognome / nome, indirizzo, numero di telefono e nome della sua assicurazione di responsabilità civile?

Ci sono stati dei testimoni? (Nomi e indirizzi) Sì No

4. Lesioni

Parte/i del corpo lesa/e e da quale lato? (Ad esempio: braccio sinistro)

Tipo di lesione? (Ad esempio: frattura, piaga, ematoma)

Nome e indirizzo del primo medico / ospedale / medico dentista consultato:

Data d'inizio del trattamento: | | | | | | | | | |

Il trattamento è terminato? Sì No

Se no, presso quale medico / ospedale / medico dentista si prosegue il trattamento?

N° di telefono del medico / medico dentista per la prosecuzione del trattamento:

C'è stata un'ospedalizzazione? Sì No

Se sì, da quando a quando? dal | | | | | | | | | | al | | | | | | | | | |

L'infortunio ha causato un'incapacità lavorativa? Sì No

Grado di incapacità lavorativa | | | | % dal | | | | | | | | | |

Ripresa del lavoro al | | | | % dal | | | | | | | | | |

5. Incidente della circolazione

Per quanto riguarda il veicolo,

la persona che ha subito la lesione era il: Detentore (proprietario) Conducente Passeggero

Il suo veicolo

Veicolo entrato in collisione con il suo

Conducente

(nome e cognome, indirizzo)

Detentore (proprietario)

(nome, cognome e indirizzo da compilare solo se diverso dal conducente)

Nome dell'assicurazione responsabilità civile

N° di targhe d'immatricolazione

N° | | | | | | | |

6. Infortunio dentario

Il danno dentario è avvenuto mangiando? (Se no, non rispondere alle domande seguenti) Sì No

Quale alimento è stato consumato?

È accaduto qualcosa d'insolito? Sì No

Se sì, che cosa?

Quale corpo estraneo era presente nell'alimento? È stato visto o si tratta di una supposizione?
(Indicare più dettagli possibile in proposito)

L'oggetto che ha causato il danno è sempre in possesso della persona lesa? Sì No

L'oggetto è stato ingerito con il cibo?

Se il prodotto incriminato è stato acquistato o consumato altrove, dove e quando è stato acquistato/consumato?

È disponibile una prova d'acquisto? (Se sì, allegare il documento) Sì No

È stato segnalato l'evento nel luogo di acquisto (negoziò, ristorante ecc.)? Sì No

Se sì, a chi e in quale data?

Se no, perché non è stato segnalato?

È coinvolta l'assicurazione responsabilità del negozio / ristorante? Sì No

Se sì, quale?

Numero di sinistro se esistente

7. Altre assicurazioni

È stata contratta un'assicurazione infortuni presso un'altra società? Sì No

Nome della società	Qual è il tipo di copertura? (Ad es. assicurazione scolastica, perdita di guadagno, capitale invalidità / decesso, ospedalizzazione in reparto semiprivato / privato, spese di trasporto in caso d'urgenza... ecc.)	Veicolo entrato in collisione con il suo
.....
.....
.....
.....
.....
.....

N° | | | | | | | | | | | | | | | |

Il/la sottoscritto/a autorizza Assura-Basis SA e Assura SA a trattare tutti i dati necessari per la gestione del sinistro dichiarato (compresi i dossier medici). Ove necessario, questi dati potranno essere trasmessi a terzi, in particolare ad altri assicuratori sociali e privati.

Il/la sottoscritto/a solleva espressamente il personale medico e i loro ausiliari dall'obbligo di segretezza e li autorizza a comunicare ad Assura-Basis SA e Assura SA, se ne fanno richiesta, tutti i dati necessari alla gestione del sinistro in questione (compresi i documenti e le informazioni mediche).

Inoltre Assura-Basis SA e Assura SA sono autorizzate a richiedere le informazioni necessarie ai datori di lavoro e agli assicuratori sociali e privati interessati (compresi i dossier medici).

In caso di ricorso contro un terzo responsabile, il/la sottoscritto/a autorizza ugualmente Assura-Basis SA e Assura SA a trasmettere a detto terzo responsabile o alla sua assicurazione di responsabilità civile tutti i dati richiesti per far valere il ricorso (compresi i dossier medici).

Assura

Assura-Basis SA per l'assicurazione di base secondo la LAMal

Assura SA per le assicurazioni complementari secondo la LCA

Luogo e data

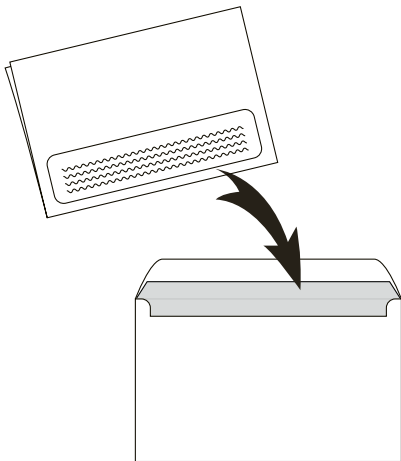
Firma

.....
.....
.....

Assura
Case postale 4
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Pagina di copertina per l'invio di documenti

1. Inserire questa pagina di copertina e il/i documento/i richiesto/i nella busta preaffrancata fornita.



2. Verificare che gli indirizzi compaiano nella finestra della busta.

