

## Avviso d'infortunio

La preghiamo di rispondere a tutte le domande in modo esatto e completo (non sono ammessi trattini) e di rispedirci l'avviso d'infortunio al più presto. Questo modulo deve essere compilato dal assicurato o dal suo rappresentante legale.

### Persona assicurata

Polizza n. \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_  
NPA \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Telefono portatile \_\_\_\_\_ Sesso  femminile  maschile  
Data di nascita \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Nome ed indirizzo del datore di lavoro al momento dell'infortunio (anche nel caso di lavori saltuari o di stage professionali)

orario di lavoro \_\_\_\_\_ Giorni/ settimana \_\_\_\_\_ Ore/ settimana \_\_\_\_\_  
Se disoccupato/a:  
quando e presso chi ha lavorato l'ultima volta? \_\_\_\_\_  
Da allora ha percepito un'indennità dell'assicurazione contro la disoccupazione?  sì, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  no

### Svolgimento dell'infortunio

Data dell'infortunio \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Descrizione dettagliata dell'infortunio (località, condizioni atmosferiche, persone, veicoli, macchine, animali coinvolti)

L'infortunio è accaduto sul tragitto casa/luogo di lavoro, casa/scuola  sì  no

Vi è una terza persona responsabile dell'infortunio?  
(per gli incidenti stradali vedasi le domande aggiuntive)  sì  no

Cognome, nome, indirizzo e n. tel. della terza persona

Nome ed indirizzo dell'assicurazione responsabilità civile della terza persona  
(designazione corretta con n. della polizza)

Testimoni (cognome, nome, indirizzo, n. tel.)

È stato stilato un rapporto della polizza?  sì  no

Da quale autorità? \_\_\_\_\_



## Ferite

Tipo di ferite (descrizione dettagliata, parte del corpo, denti, ecc.)

---

---

Inizio del trattamento

Prima persona che ha fornito un trattamento medico/dentistico (indirizzo)

Ulteriore trattamento presso

Sussiste un'incapacità al lavoro?    si    no    100% dal \_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_

## Altre assicurazioni

Presso quale delle seguenti assicurazioni è assicurato/a obbligatoriamente e/o a titolo complementare contro gli infortuni ed in quale misura? Esiste una copertura delle spese di guarigione (integrale o ad integrazione dell'assicurazione malattia)? È assicurato/a contro la perdita di guadagno? Se sì, in quale misura?

**Compilare i campi sottostanti. In assenza di un'altra assicurazione contro gli infortuni, porre una crocetta nella casella «no».**

Assicurazione		Assicuratore	
Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del datore di lavoro (conf. alla LAINF)	si	Nome	_____
	no	Agenzia	_____
		Polizza n.	_____
Assicurazione complementare/accessoria all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del datore di lavoro (conf. alla LAINF)	si	Nome	_____
	no	Agenzia	_____
		Polizza n.	_____
Assicurazione privata contro gli infortuni	si	Nome	_____
	no	Agenzia	_____
		Polizza n.	_____
Assicurazione scolastica contro gli infortuni	si	Nome	_____
	no	Agenzia	_____
		Polizza n.	_____
Altre assicurazioni (as es. di un'associazione sportiva)	si	Nome	_____
	no	Agenzia	_____
		Polizza n.	_____
Ha raggiunto un accordo in merito ai danni?	si	Con chi?	_____
	no	Con quale tenore?	_____
Percepisce una rendita dell'assicurazione federale contro l'invalidità, della SUVA, dell'AINF, dell'AM o di un'assicurazione privata?	si	Da quale?	_____ Da quando? _____
	no	Rendita mensile CHF	_____
		Invalidità	_____ %



## Domande aggiuntive in caso di incidenti stradali

	<b>Veicolo da lei utilizzato</b>	<b>Veicolo coinvolto nella collisione</b>
	<b>Genere</b> (ad es. bicicletta, motorino, automobile)	<b>Genere</b> (ad es. bicicletta, motorino, automobile)
	<b>n. di immatricolazione.</b>	<b>n. di immatricolazione.</b>
Possessore (proprietario)	Nome _____	Nome _____
	Indirizzo _____	Indirizzo _____
	N. di tel. _____	N. di tel. _____
Conducente	Nome _____	Nome _____
	Indirizzo _____	Indirizzo _____
	N. di tel. _____	N. di tel. _____
Assicurazione responsabilità civile	Nome _____	Nome _____
	Indirizzo _____	Indirizzo _____
	N. di tel. _____	N. di tel. _____
Assicurazione per i passeggeri	Nome _____	Nome _____
	Indirizzo _____	Indirizzo _____
	N. di tel. _____	N. di tel. _____
Osservazioni	_____	_____

Il/la sottoscritto/a dichiara d'aver risposto a tutte le domande in modo veritiero e completo ed autorizza la KPT a prendere visione di tutti gli atti concernenti l'infortunio (documentazione medica, atti della SUVA, dell'AM, dell'assicurazione privata contro gli infortuni e atti ufficiali).

### Obbligo di informazione (art. 27 LPGA)

Vi invitiamo a verificare l'obbligo alla prestazione di altre assicurazioni sociali quali l'AVS/AI, l'assicurazione militare, l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni LAINF nonché di eventuali prestazioni e aiuti a vittime di reati.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
Assicurato o rappresentante legale

