

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.	_____	Nome	_____
Cognome	_____	Complemento indirizzo	_____
Via	_____	Luogo	_____
NPA	_____	Professione	_____
Stato civile	_____	Sesso	femminile maschile
Telefono	_____	Data di nascita	_____
Telefono portatile	_____		

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

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

