

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 dall'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

Altri datori di lavoro

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)





KPT, Casella postale, CH-3001 Berna
kpt.ch

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 polizia? ☐ 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? ☐ sì ☐ 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)	☐ Sì	Nome _____
	☐ No	Agenzia _____
		N. di sinistro _____
Assicurazione complementare/accessoria all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del datore di lavoro (conf. alla LAINF)	☐ Sì	Nome _____
	☐ No	Agenzia _____
		N. di polizza _____
Assicurazione privata contro gli infortuni (ad es. assicurazione contro gli infortuni scolastici o assicurazione tramite associazioni sportive)	☐ Sì	Nome _____
	☐ No	Agenzia _____
		N. di polizza _____
Ha raggiunto un accordo in merito ai danni?	☐ Sì	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??	☐ Sì	Da quale? _____
	☐ No	Da quando? _____
		Rendita mensile CHF _____
		Invalidità _____ %

Procura

Lei autorizza la KPT Cassa malati SA / KPT Assicurazioni SA (di seguito: la «KPT») o chi per essa autorizzato a prendere visione degli atti ufficiali della polizia (quali ad es. i rapporti sugli incidenti) nonché della documentazione amministrativa e medica di altre assicurazioni sociali coinvolte (quali ad es. le assicurazioni infortuni obbligatorie o gli uffici AI) ovvero di eventuali compagnie assicurative private (quali ad es. assicurazioni di indennità giornaliera) nella misura in cui ciò risulti necessario all'accertamento del diritto alle prestazioni legate all'infortunio. Autorizza tali enti a fornire alla KPT le informazioni relative all'infortunio o di cui la KPT possa necessitare per la valutazione del diritto alle prestazioni assicurative e la rivendicazione di eventuali diritti di regresso nei confronti di terzi. Solleva inoltre senza riserve il personale medico (ad inclusione ad es. di medici curanti e terapeuti) dall'obbligo di segreto professionale nei confronti della KPT per quanto concerne l'infortunio in questione. Autorizza la KPT a consegnare la documentazione rilevante per la rivendicazione dei diritti di regresso alle rispettive assicurazioni di responsabilità civile risp. ai terzi civilmente responsabili. La presente procura è valida fino alla sua revoca e salvo disposizioni contrarie rimane valida anche a seguito di decesso.

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



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	_____	

Procura

Lei autorizza la KPT Cassa malati SA / KPT Assicurazioni SA (di seguito: la «KPT») o chi per essa autorizzato a prendere visione degli atti ufficiali della polizia (quali ad es. i rapporti sugli incidenti) nonché della documentazione amministrativa e medica di altre assicurazioni sociali coinvolte (quali ad es. le assicurazioni infortuni obbligatorie o gli uffici AI) ovvero di eventuali compagnie assicurative private (quali ad es. assicurazioni di indennità giornaliera) nella misura in cui ciò risulti necessario all'accertamento del diritto alle prestazioni legate all'infortunio. Autorizza tali enti a fornire alla KPT le informazioni relative all'infortunio di cui la KPT possa necessitare per la valutazione del diritto alle prestazioni assicurative e la rivendicazione di eventuali diritti di regresso nei confronti di terzi. Solleva inoltre senza riserve il personale medico (ad inclusione ad es. di medici curanti e terapisti) dall'obbligo di segreto professionale nei confronti della KPT per quanto concerne l'infortunio in questione. Autorizza la KPT a consegnare la documentazione rilevante per la rivendicazione dei diritti di regresso alle rispettive assicurazioni di responsabilità civile risp. ai terzi civilmente responsabili. La presente procura è valida fino alla sua revoca e salvo disposizioni contrarie rimane valida anche a seguito di decesso.

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

