



Numero assicurato:

Agenzia competente:

Notifica d'infortunio

La preghiamo di **compilare** la presente notifica d'infortunio **in ogni sua parte**. Soltanto una **notifica compilata completamente** consente una gestione tempestiva dell'infortunio e permette di evitare domande non necessarie. La ringraziamo per la collaborazione.

Assicurato/a

Cognome/nome:

Telefono privato:

Via/località:

Telefono ufficio:

E-mail:

Persona che ha subito l'infortunio

Cognome/nome:

Data di nascita:

Via/località come assicurato/a

Altro:

Rapporto con assicurato/a:

Dinamica dell'infortunio

Data infortunio/ora:

Località:

Descrizione precisa e completa della dinamica dell'infortunio:

C'è un responsabile dell'infortunio?

sì no

Cognome/nome:

Telefono privato:

Via/località:

Data di nascita (età):

Nome assicurazione per la responsabilità civile:

N. polizza:

Ulteriori domande sugli incidenti stradali:

Tipo di veicolo (es. bicicletta, motorino, auto, moto, ecc.), marca?

Targa:

Detentore del veicolo (proprietario)? Nome, indirizzo, numero di telefono:

Guidatore del veicolo? Nome, indirizzo, numero di telefono:

Assicurazione per la responsabilità civile (se nota?), nome assicurazione:

Veicolo da lei utilizzato

Veicolo coinvolto nella collisione

È stato compilata una relazione d'incidente europea?

sì no

Se sì, inviare copia

**Dinamica
dell'infortunio
Continuazione**

Ulteriori domande in caso di **infortuni con animali**:

Per morsi di cane (proprietario cane), cognome, indirizzo, numero di telefono:

Per cadute da cavallo (proprietario cavallo), cognome, indirizzo, numero di telefono:

Quante volte l'assicurato ha preso delle lezioni?

volte

Lesioni

Tipo di lesione:

Parte del corpo lesionata:

sinistra destra

Sussiste una incapacità al lavoro?

sì

no

Se sì, da quando e per quanto?

Cure

Medico/clinica che ha prestato le prime cure

Cognome/nome:

Telefono lavoro:

Via/località:

Ricovero in ospedale?

sì

no

Se sì, quando?

Medico/clinica che ha prestato le cure successive

Cognome/nome:

Telefono lavoro:

Via/località:

Ricovero in ospedale?

sì

no

Se sì, quando?

**Polizia/
testimoni**

La polizia era sul luogo dell'infortunio?

sì

no

È stato redatto un rapporto di polizia?

sì

no

Se sì, si prega di inviarne una copia!

Chi ha redatto il rapporto di polizia (ufficio responsabile)?

Ci sono testimoni dell'infortunio?

sì

no

Cognome/nome:

Telefono privato:

Via/località:

Telefono lavoro:

Dati professionali

Il giorno dell'infortunio aveva un contratto di lavoro? sì no Se sì, per quante ore alla settimana? ore

Assicurazione LAINF (il giorno dell'infortunio):

Attività lavorativa:

Reddito da sussidio di disoccupazione: sì no Se sì, da quando?

L'infortunio è avvenuto sul tragitto per/dal luogo di lavoro o sul luogo di lavoro? sì no

Esiste un'altra copertura delle spese di cura? sì no Se sì, di quale tipo?

Società:

N. polizza:

Si tratta di un infortunio professionale? sì no Assicurazione SUVA/LAINF (il giorno dell'infortunio) sì no

Note

Procura

La persona che ha subito l'infortunio oppure il suo rappresentante legale autorizza ÖKK a prendere visione degli atti medici, amministrativi e della LAINF nonché di quelli di altri enti di previdenza sociale (AVS, AI, assicurazione militare, ecc.). Inoltre, la persona che ha subito l'infortunio o il suo rappresentante legale conferma la correttezza delle indicazioni fornite. La persona sottoscritta è a conoscenza del fatto che indicazioni false o mancanti possono portare a un rifiuto o una decurtazione della prestazione, a una richiesta di risarcimento o ad un rifiuto anche a posteriori. Inoltre, la persona che ha subito l'infortunio autorizza ÖKK a trasmettere i dati necessari per la gestione del sinistro a terzi coinvolti nell'infortunio.

Luogo / data:

Firma della persona che ha subito l'infortunio:

Luogo / data:

Firma della persona titolare dell'assicurazione: