

Lesioni

Natura della lesione:

Parte del corpo interessata:

sinistra destra

Vi è un'incapacità lavorativa?

sì no

In caso di risposta affermativa, da quando e per quanto tempo?

Trattamento

Clinica/medico che ha fornito la prima cura

Nome:

Cognome:

Indirizzo:

NPA, località:

Telefono:

Ricovero ospedaliero stazionario?

sì no

Se sì, da quando?

Se sì, dove?

Lei è sostenitore/sostenitrice della Rega?

sì no

Informazioni supplementari in caso
di incidenti stradali

Auto, bicicletta, motorino, marca:

Veicolo da lei utilizzato

Veicolo antagonista

Targa n.:

Indirizzo:

Telefono:

Nome dell'assicurazione di responsabilità civile:

È stata redatta una Relazione di Incidente Europea? sì no

Se sì, allegare una copia

Informazioni supplementari in caso di incidenti con animali

In caso di morsi di animali: nome, indirizzo e n. di telefono del proprietario dell'animale

La polizia era presente nel luogo dell'incidente?

sì no

È stato redatto un rapporto di polizia?

sì no

Da chi è stato redatto il rapporto di polizia (ufficio competente)?

Erano presenti testimoni?

sì no

Nome:

Cognome:

Indirizzo:

NPA, località:

N. telefono privato/mobile:

N. telefono ufficio:

Mail:

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG

Prestazioni ambulatoriali

Bahnhofstrasse 13, Casella postale, 7302 Landquart

info@oekk.ch, 0800 838 000

L'assicurazione
grigionese autentica.

ÖKK

Dati professionali

Nel giorno dell'infortunio era in essere un rapporto lavorativo? sì no

Se sì, indicare ore di lavoro settimanali? ore

Datore di lavoro (nel giorno dell'incidente) e indirizzo:

Professione esercitata:

Assicurazione contro gli infortuni (nel giorno dell'incidente): Polizza n.:

Si tratta di un incidente sul lavoro? sì no

Era assicurato/a contro gli infortuni/Suva (nel giorno dell'incidente)? sì no

In caso di risposta negativa, indicare assicurazione contro gli infortuni:

Viene percepita un'indennità di disoccupazione? sì no

Se sì, da quando?

Cassa disoccupazione competente:

L'incidente è avvenuto nel tragitto da/verso il posto di lavoro? sì no

È presente un'altra copertura per spese di cura? sì no

Società: Polizza n.:

Osservazioni:

La persona infortunata o il suo rappresentante legale autorizza ÖKK a visionare gli atti medici, gli atti ufficiali, gli atti LAINF e gli atti di altri assicuratori sociali (AVS, AI, assicurazione militare e altri). Inoltre, conferma la veridicità delle informazioni fornite. Il sottoscritto/La sottoscritta prende atto che dati falsi o mancanti possono comportare la riduzione o il rifiuto di prestazioni, una pretesa di rimborso o un rifiuto a posteriori. Inoltre, la persona infortunata autorizza ÖKK a trasmettere a eventuali terze parti coinvolte i dati necessari per l'elaborazione del sinistro.

Luogo e data: Firma della persona infortunata / del rappresentante legale: