

Notifica di infortunio

ÖKK2601/02.26

Assicurato n.:

La invitiamo a compilare la presente notifica di infortunio in maniera completa per garantire un'elaborazione rapida della pratica.

Persona infortunata

Nome: _____ Cognome: _____
Indirizzo: _____ NPA, località: _____
N. telefono privato/mobile: _____ N. telefono ufficio: _____
Mail: _____
Data di nascita: _____

Dinamica dell'infortunio

Data dell'infortunio: _____ Orario dell'infortunio: _____

Luogo: _____

Descrizione completa della dinamica dell'infortunio: _____

L'infortunio è stato cagionato da qualcuno? sì no

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____ NPA, località: _____

N. telefono privato/mobile: _____ N. telefono ufficio: _____

Mail: _____

Data di nascita: _____

Assicurazione di responsabilità civile: _____

Polizza n.: _____

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:

Targa n.:

Indirizzo:

Telefono:

Veicolo da lei utilizzato

Veicolo antagonista

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: _____

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: