

# Notifica d'infortunio



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
www.aquilana.ch

Risponda p.f. in modo preciso a tutte le domande e ci rinvii subito il formulario compilato e firmato.

## Dati personali

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Norne** \_\_\_\_\_  
**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **N. assicurata/o** \_\_\_\_\_  
**Via, n.** \_\_\_\_\_ **NPA, località** \_\_\_\_\_  
**Tel. privato** \_\_\_\_\_ **Tel. ufficio** \_\_\_\_\_  
**E-mail** \_\_\_\_\_

## Situazione professionale

**È attiva/o?**  sì  no  dipendente  indipendente  
 studente  pensionata/o  bambina/o  casalinga/o

Norne e indirizzo del datore di lavoro  
al momento dell'infortunio \_\_\_\_\_

Il suo orario di lavoro settimanale è di  più di 8 ore  8 ore o meno

È disoccupata/o?  sì  no

Se sì, percepisce delle indennità giornaliere della AD?  sì, dal \_\_\_\_\_  no

## Informazioni sull'infortunio

**Data dell'infortunio** \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ ora

**L'infortunio è avvenuto**  sul tragitto per recarsi al lavoro  nel tempo libero  altro motivo  
 sul posto di lavoro  durante il servizio militare

**Luogo dell'infortunio** (denominazione esatta) \_\_\_\_\_

**Dinamica dell'infortunio** (descrizione esatta della dinamica dell'infortunio, breve rappresentazione)

## Compartecipazione di terzi

**L'infortunio è stato causato da una terza persona?**

(In caso di incidenti della circolazione vedi domanda «Infortuni con veicoli a motore»)  sì  no

**Se sì,**

Nome e indirizzo della terza persona \_\_\_\_\_

Nome dell'assicurazione responsabilità civile della terza persona coinvolta, agenzia competente e n. di polizza o di sinistro

## Rapporte di polizia

**È stato steso un rapporto di polizia?**  sì  no

**Se sì, da quale posto di polizia?** \_\_\_\_\_

## Testimoni

**Ci sono testimoni?**  sì  no

**Se sì,**

nome e indirizzo del/dei testimone/i \_\_\_\_\_

# Notifica d'infortunio



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
www.aquilana.ch

## Lesioni

Di che genere di lesione si tratta? \_\_\_\_\_

Quale/i parte/i del corpo è/sono  
interessata/e? \_\_\_\_\_

destra  
sinistra

## Incapacità lavorativa

L'infortunio ha determinato  
un'incapacità lavorativa?

sì

no

Se sì

completa

parziale

da quando? \_\_\_\_\_

(Nel caso in cui esista un'assicurazione d'indennità giornaliera con Aquilana, allegare p.f. il certificato medico di incapacità lavorativa)

## Trattamenti

Data del primo trattamento \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo del medico \_\_\_\_\_

od ospedale curante \_\_\_\_\_

## Altre assicurazioni

E assicurata/o contro gli infortuni anche in altri modi?

sì

no

Se sì, con chi?

datore di lavoro (assicurazione LAINF)

altri (indicare il nome della società d'assicurazione e il n. di polizza)

## Infortuni con veicoli a motore

**Veicolo utilizzato da lei**

**Veicolo della collisione**

**Tipo di veicolo**

(p. es. bicicletta, ciclomotore/scooter,  
auto) e marca, tipo

**Nome e indirizzo del conducente**

**Targa**

**Assicurazione di**

**responsabilità civile**

**Nome**

**Agenzia**

**Sinistro n.**

**Assicurazione passeggeri**

sì

no

sì

no

La **persona firmataria conferma la correttezza** dei dati sopraindicati e **autorizza Aquilana Versicherungen** ad assumere tutte le informazioni relative all'infortunio presso personale medico, istituzioni mediche, uffici pubblici e altri garanti assicurativi, rispettivamente assicuratori, che si rendessero necessarie per la valutazione dell'obbligo di prestazione e li libera esplicitamente dal segreto professionale, rispettivamente dall'obbligo di riservatezza, nei confronti di Aquilana Versicherungen.

Luogo, data

Firma della persona assicurata o  
della sua/del suo rappresentante legale