

Notifica d'infortunio



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, CH-5401 Baden
+41 56 203 44 11, leistung@aquilana.ch
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	_____	Nome	_____
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

Nome 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, CH-5401 Baden
+41 56 203 44 11, leistung@aquilana.ch
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