

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