

## Dichia ragione d'infornio LAMal/LCA – N° d'infornio

Per poter determinare il più rapidamente possibile il diritto alle prestazioni concernenti l'infornio qui di seguito descritto, la invitiamo a compilare integralmente e in modo esatto il presente modulo e a trasmettercelo debitamente firmato.

### Dati generali

Nome dell'infornio: \_\_\_\_\_ N° di cliente: \_\_\_\_\_  
 Data di nascita: \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. prof.: \_\_\_\_\_  
 Data dell'infornio: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Luogo dell'infornio: \_\_\_\_\_  
 Testimoni?  no  sì In caso affermativo, nome e indirizzo: \_\_\_\_\_

### Descrizione dettagliata dello svolgimento dell'infornio:

(se uno schema o una descrizione complementare fossero necessari, la invitiamo a utilizzare la pagina 2 del presente documento)

Qual è la causa esatta dell'infornio? \_\_\_\_\_

Vi è un'altra persona responsabile dell'infornio?  no  sì

**In caso affermativo**, Nome e indirizzo di tale persona: \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo della sua assicurazione di responsabilità civile (RC): \_\_\_\_\_

N° di targa dell'auto coinvolta, nome del proprietario, RC (se incidente stradale): \_\_\_\_\_

È stato redatto un verbale di polizia?  no  sì (in caso affermativo, presso quale posto di polizia?)

È stata effettuata una constatazione amichevole?  no  sì (in caso affermativo, accludere alla dichiarazione)

È stata sporta una denuncia penale?  no  sì (in caso affermativo, presso chi?)

### Lesioni constatate

Ferite (parte del corpo – sinistra/destra – e natura delle lesioni): \_\_\_\_\_

Primi soccorsi da parte di medico, ospedale, clinica, dentista: \_\_\_\_\_ Proseguimento della cura presso: \_\_\_\_\_

Cura terminata? -  no  sì In caso negativo, data della prossima visita: \_\_\_\_\_

Vi sono state lesioni dentarie?  no  sì

Nome e indirizzo del dentista consultato: \_\_\_\_\_

È beneficiario di prestazioni di altre assicurazioni (LAINF o assicurazione facoltativa LAINF, SUVA, AI, assicurazione militare, assicurazioni private quali assicurazione scolastica, club sportivo, assicurazione passeggero o altra assicurazione malattia)?  no  sì

### Attività al momento dell'infornio

Alla data dell'infornio, era:  scolaro  studente  senza attività professionale  disoccupato  in servizio militare  
 lavoratore indipendente  apprendista  impiegato  pensionato  casalinga/-o

### Se era dipendente, nome e numero di sinistro dell'assicurazione infornio LAINF del suo datore di lavoro:

(Se non ha dichiarato l'infornio al suo datore di lavoro, la invitiamo a farlo e a trasmetterci le informazioni.)

Media delle ore di lavoro settimanali:  meno di 8 ore  8 ore e più

Se non esercitava alcuna attività professionale o se era disoccupato: \_\_\_\_\_

**Dove e fino a quando ha lavorato per l'ultima volta?** \_\_\_\_\_

Ha percepito da allora delle indennità di disoccupazione?  no  sì dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

Incapacità al lavoro dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma dell'assicurato o del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

# Dichiarazione d'infortunio LAMal/LCA – N° d'infortunio

## Dati generali

Nome dell'infortunato: \_\_\_\_\_ N° di cliente: \_\_\_\_\_

Data dell'infortunio: \_\_\_\_\_

## Descrizione complementare e/o schema dello svolgimento dell'infortunio

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma dell'assicurato o del rappresentante legale: \_\_\_\_\_