

Dichiarazione d'infortunio LAMaI/LCA – N° d'infortunio

Per poter determinare il più rapidamente possibile il diritto alle prestazioni concernenti l'infortunio 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'infortunato: _____ N° di cliente: _____
Data di nascita: _____ Tel. casa: _____ Tel. prof.: _____
Data dell'infortunio: _____ Ora: _____ Luogo dell'infortunio: _____
Testimoni? no sì In caso affermativo, nome e indirizzo: _____
Descrizione dettagliata dello svolgimento dell'infortunio (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'infortunio? _____

Vi è un'altra persona responsabile dell'infortunio? 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
Se sì, quali? (n° di polizza, n° sinistro, indirizzo assicurazione) _____

Attività al momento dell'infortunio

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

> Se era dipendente, precisare il nome e l'indirizzo del datore di lavoro al momento dell'infortunio: _____

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: