

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: _____