

Notifica d'infortunio Infortunio individuale/infortunio per bambini/infortunio collettivo (LCA)

Persona assicurata	N. polizza
Data di nascita	Cognome, nome
Telefono maggiore raggiungibilità	Indirizzo
	E-mail

Quadro d'insieme dell'infortunio

1	Quando è avvenuto l'infortunio?	Data	Ora
2	a) Presso quale datore di lavoro era impiegato/a al momento dell'infortunio?		
	b) Numero di ore settimanali?		
3	a) Se non era in un rapporto di lavoro in qualità di dipendente: qual è il motivo?	<input type="checkbox"/> Indipendente	<input type="checkbox"/> Senza attività lavorativa
		<input type="checkbox"/> Apprendista	<input type="checkbox"/> Praticante
	b) Ultimo datore di lavoro prima dell'infortunio?	Nome e indirizzo	
		Impiegato presso questo datore di lavoro dal _____ al _____	
4	Percepisce/ha percepito un'indennità di disoccupazione?	<input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sì, nel periodo dal _____ al _____	

Dettagli sull'infortunio

5	L'infortunio è avvenuto sul tragitto dal/al posto di lavoro?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
6	a) Descrizione precisa della dinamica dell'infortunio (condizioni meteorologiche, persone coinvolte, veicoli, macchine, animali)		
	b) Luogo preciso dell'infortunio		
7	Testimoni oculari e i loro indirizzi		
8	a) Parte del corpo infortunata (descrizione precisa, parte del corpo, dente, ecc.)		
	b) Il dolore è scaturito da un movimento incontrollato o brusco?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
	c) I disturbi sono emersi subito dopo l'accaduto?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
9	Primo soccorso del medico/dell'ospedale	Dott. _____	
	Chi continua il trattamento?	Dott. _____	
10	Inizio del trattamento?		
11	Sussiste/sussisteva un'incapacità al lavoro?	Dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Parziale

Coinvolti

12	a) Chi è stato coinvolto nell'infortunio?	Cognome, nome	
		Indirizzo	
	b) La persona coinvolta dispone di un'assicurazione di responsabilità civile? (In caso di infortuni della circolazione stradale si vedano le ulteriori domande al punto 17)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, nome e indirizzo dell'assicurazione di responsabilità civile
		N. polizza o n. sinistro	

Persona assicurata	N. polizza
Data di nascita	Cognome, nome

Coinvolti Continuazione

- 13 È stato allestito un rapporto di polizza? No
 Sì, da quale ufficio (nome e indirizzo)

Dettagli assicurativi

- 14 a) Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del datore di lavoro? No
 Sì, nome e indirizzo dell'ente assicuratore
(ad es. SUVA)

N. polizza o n. sinistro

- b) Assicurazione integrativa/complementare all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del datore di lavoro? No
 Sì, nome e indirizzo dell'ente assicuratore

N. polizza o n. sinistro

Copertura

- 15 a) Esiste un'altra assicurazione contro gli infortuni o un'assicurazione mediante accordo? No
 Sì, periodo di tempo dal _____ al _____
(assicurazione infortuni privata)

Nome e indirizzo dell'ente assicuratore

- b) Copertura dei costi di guarigione?
(Ev. a complemento dell'assicurazione malattia)

N. polizza o n. sinistro

Copertura

- c) Costi di ricerca, di salvataggio e di rimpatrio? Libretto ETI TCS/carte di credito?

Copertura

- 16 Ha già notificato l'infortunio ad un'altra assicurazione? No
 Sì, nome e indirizzo dell'ente assicuratore

N. polizza o n. sinistro

Copertura

Infortuni della circolazione stradale

17 Veicolo utilizzato da lei

- Motorino/bicicletta Automobile Motoveicolo

Detentore

Conducente

Numero della targa

Assic. resp. civile

Assic. passeggeri

Veicolo coinvolto nell'incidente

- Motorino/bicicletta Automobile Motoveicolo

Detentore

Conducente

Numero della targa

Assic. resp. civile

Assic. passeggeri

Autorizzazione / firma

Con la presente confermo di aver risposto in modo completo e veritiero alle domande. Con la mia firma libero gli ospedali, i medici e il personale medico, le autorità, gli uffici amministrativi e le altre compagnie d'assicurazione dal loro obbligo del segreto legale e contrattuale nei confronti dell'assicuratore riportato nell'intestazione e di Helsana Assicurazioni integrative SA e li autorizzo a fornire le informazioni necessarie in relazione all'infortunio. Inoltre autorizzo l'assicuratore riportato nell'intestazione e Helsana Assicurazioni integrative SA a consegnare i documenti necessari per la richiesta di regresso alle assicurazioni di responsabilità civile o alle persone terze responsabili coinvolte.

Luogo e data

Firma dell'assicurato / del rappresentante legale

Per le domande di rimborso di fatture già pagate, la invitiamo ad inviarci i giustificativi originali e a indicarci l'indirizzo di pagamento (conto postale/bancario) nonché il titolare del conto.

Titolare del conto

N. conto postale/bancario