

Notifica d'infortunio Infortunio individuale/infortunio per bambini/infortunio collettivo

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?	Indipendente Apprendista	Senza attività lavorativa 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?	No Sì, nel periodo dal _____	al _____

Dettagli sull'infortunio

5	L'infortunio è avvenuto sul tragitto dal/al posto di lavoro?	No 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?	No Sì	
	c) I disturbi sono emersi subito dopo l'accaduto?	No 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 _____	Totale _____ 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)	No 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? (ad es. SUVA)	No Sì, nome e indirizzo dell'ente assicuratore 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? (assicurazione infortuni privata)	No Sì, periodo di tempo dal _____ al _____ 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			Veicolo coinvolto nell'incidente		
	Motorino/bicicletta	Automobile	Motoveicolo	Motorino/bicicletta	Automobile	Motoveicolo
	Detentore			Detentore		
	Conducente			Conducente		
	Numero della targa			Numero della targa		
	Assic. resp. civile			Assic. resp. civile		
	Assic. passeggeri			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 _____