

Notifica d'infortunio

Persona assicurata

Cognome, nome

Data di nascita

N. di assicurato

Telefono (maggiore raggiungibilità)

Professione

E-mail

N. caso (ID)

Dettagli dell'infortunio

1 Data dell'infortunio

2 Orario dell'infortunio

3 Luogo dell'infortunio

4 Dinamica dell'infortunio

5 Al momento dell'infortunio era impiegato presso un datore di lavoro?

- Impiegato
 Apprendista
 Indipendente
 Senza attività lucrativa

6 Percepisce o ha percepito un'indennità di disoccupazione?

- No
 Sì, periodo dal _____ al _____

7 L'infortunio è avvenuto

- sul tragitto dal/al posto di lavoro
 sul lavoro
 fuori dal lavoro / nel tempo libero

8 Ore di lavoro settimanali

9 Impiegato presso questo datore di lavoro

dal _____ al _____

10 L'infortunio è stato causato da una terza persona? Sì No

Cognome, nome, indirizzo, CAP, luogo

11 È stato allestito un rapporto di polizia? Sì No

Da quale ufficio di polizia / nome del poliziotto?

12 Domande specifiche in caso di infortuni della circolazione: Tipo di veicolo (es. bici, motorino, automobile)

Veicolo da lei utilizzato

Veicolo coinvolto nell'incidente

Numero di targa

Detentore

Conducente

Assicurazione RC

Assicurazione passeggeri

Sì No

Continua pagina successiva

Cognome, nome

Data di nascita

N. di assicurato

E-mail

N. caso (ID)

Lesione

13 Parte del corpo lesionata

14 Tipo di lesione

sinistra destra

15 Primo soccorso del medico/dell'ospedale

16 Data del trattamento

Assicurazione

17 Esiste un'altra assicurazione contro gli infortuni?

Sì No

Genere di assicurazione

- Assicurazione mediante accordo
 Assicurazione infortuni privata
 Assicurazione infortuni secondo Lainf

Nome dell'assicurazione

18 Copertura assicurativa per i trattamenti

- Reparto comune in ospedale
 Reparto semi privato in ospedale
 Reparto privato in ospedale
 A complemento dell'assicurazione malattia

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

X