

Annuncio d'infortunio

Non valido per l'assicurazione
infortuni obbligatoria LAINF

		Numero d' infortunio				
1. Contraente	Nome, indirizzo con NPA _____ _____ _____	No. tel.	No. del contratto			
		No. CCP o banca e IBAN				
2. Infortunato/a	Cognome e nome Via NPA Luogo	Data di nascita	No. AVS			
		Stato civile	No. tel.			
		No. CCP o banca e IBAN				
3. Attività professionale						
4. Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore/min.		
5. Luogo dell'infortunio	Dov'è successo l'infortunio? (Luogo/ posto esatto)					
6. Descrizione dell'infortunio	Attività al momento dell'infortunio; dinamica dello stesso, persone implicate, macchine, attrezzi, veicoli, sostanze _____ _____					
7. Delucidazione	a) E' stato redatto un rapporto? Se sì, da quale posto di polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Nome dei testimoni		Sono stati interrogati? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
	b) E' implicata una terza persona nell'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, nome e indirizzo _____ _____		Presso quale compagnia è assicurata per responsabilità civile la persona implicata? _____ _____			
		No. del contratto _____				
8. Altre ass. ni infortuni	L'infortunato/a è assicurato/a per infortuni presso altre compagnie o cassa malati? Se sì, dove? _____ No. del contratto _____					
9. Lesione	Parte del corpo lesa (sinistra/destra)		Natura della lesione			
10. Incapacità lavorativa	Il lavoro è stato interrotto a seguito dell'infortunio <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> parzialmente al _____ %		Se sì, da quando (data e ora)?		<input type="checkbox"/> Durata dell' incapacità lavorativa inferiore a 30 giorni	
	11. Indirizzi dei medici		Ulteriore cura ad opera del:			
Primo trattamento: _____ _____		_____ _____				
Informazioni concernenti l'attività professionale						
12. Infortunio non professionale	Quando ha lavorato l'infortunato/a per l'ultima volta presso il datore di lavoro prima dell'infortunio? (Giorno, data, ora)					
13. Orario di lavoro dell'infortunato/a	Giorni per settimana _____	Ore per settimana _____	<input type="checkbox"/> Irregolare			
14. Salario	In contanti	Salario lordo assoggettato all'AVS	Ora	Giorno	Mese	Anno
		Indennità figli/famiglia (solo per l'ass. compl. alla LAINF)				
Casi speciali	In natura	Genere: _____				
		<input type="checkbox"/> membro della famiglia <input type="checkbox"/> associato/a <input type="checkbox"/> assicurato/a a titolo facoltativo				
Ulteriore datore di lavoro: _____						

Ho letto l'autorizzazione concernente il trattamento dei dati a tergo e l'accetto.

Luogo e data

Firma del/la contraente

Firma dell'infortunato/a

Il/la sottoscritto/a infortunato/a autorizza la Basilese Assicurazione SA [Basilese Vita SA] (in seguito denominata «Basilese»), a utilizzare i propri dati personali nell'ambito della valutazione e della gestione del caso assicurativo in oggetto. In particolare, la Basilese è autorizzata a:

- trasmettere i dati a terzi coinvolti, all'interno del territorio nazionale e all'estero (ad es. coassicuratori e riassicuratori o Case Manager);
- esercitare eventuali azioni di rivalsa contro terzi responsabili (o contro i relativi assicuratori per la responsabilità civile) e comunicare a questi ultimi i dati necessari;
- richiedere informazioni utili presso fornitori di prestazioni mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono cure su prescrizione o indicazione medica, laboratori, ospedali, istituti che effettuano cure semiospedaliere o ambulatorie, case di cura), assicuratori sociali (AVS, AI, LAINF, LAMal) e privati, istituti di previdenza, uffici pubblici, datori di lavoro, testimoni e altre persone informate sui fatti, nonché consultare la loro documentazione.

Il/la sottoscritto/a autorizza le persone e istituzioni interpellate a comunicare alla Basilese qualora quest'ultima dovesse richiederlo, i dati necessari ai fini dell'esame e della gestione del caso assicurativo. Pertanto tali persone e istituzioni, sono esentate dall'obbligo di riservatezza.

Il suddetto esonero vale anche per la Basilese, in riferimento ai dati inoltrati a terzi ai fini della gestione del caso assicurativo.

Annuncio d'infortunio

Non valido per l'assicurazione
infortuni obbligatoria LAINF

		Numero d' infortunio				
1. Contraente	Nome, indirizzo con NPA	No. tel.	No. del contratto			
		No. CCP o banca e IBAN				
2. Infortunato/a	Cognome e nome	Data di nascita	No. AVS			
	Via	Stato civile	No. tel.			
	NPA Luogo	No. CCP o banca e IBAN				
3. Attività professionale						
4. Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore/min.		
5. Luogo dell'infortunio	Dov'è successo l'infortunio? (Luogo/ posto esatto)					
6. Descrizione dell'infortunio	Attività al momento dell'infortunio; dinamica dello stesso, persone implicate, macchine, attrezzi, veicoli, sostanze					
7. Delucidazione	a) E' stato redatto un rapporto? Se sì, da quale posto di polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Nome dei testimoni		Sono stati interrogati? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
	b) E' implicata una terza persona nell'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, nome e indirizzo		Presso quale compagnia è assicurata per responsabilità civile la persona implicata?			
		No. del contratto				
8. Altre ass. ni infortuni	L'infortunato/a è assicurato/a per infortuni presso altre compagnie o cassa malati? Se sì, dove? _____ No. del contratto _____					
9. Lesione	Parte del corpo lesa (sinistra/destra)		Natura della lesione			
10. Incapacità lavorativa	Il lavoro è stato interrotto a seguito dell'infortunio <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> parzialmente al _____ %		Se sì, da quando (data e ora)?		<input type="checkbox"/> Durata dell' incapacità lavorativa inferiore a 30 giorni	
11. Indirizzi dei medici	Primo trattamento:		Ulteriore cura ad opera del:			
Informazioni concernenti l'attività professionale						
12. Infortunio non professionale	Quando ha lavorato l'infortunato/a per l'ultima volta presso il datore di lavoro prima dell'infortunio? (Giorno, data, ora)					
13. Orario di lavoro dell'infortunato/a	Giorni per settimana _____	Ore per settimana _____	<input type="checkbox"/> Irregolare			
14. Salario	In contanti	Salario lordo assoggettato all'AVS	Ora	Giorno	Mese	Anno
	In natura	Indennità figli/famiglia (solo per l'ass. compl. alla LAINF)				
Casi speciali	Genere: _____ <input type="checkbox"/> membro della famiglia <input type="checkbox"/> associato/a <input type="checkbox"/> assicurato/a a titolo facoltativo					
		Ulteriore datore di lavoro: _____				

Ho letto l'autorizzazione concernente il trattamento dei dati a tergo e l'accetto.

Luogo e data

Firma del/la contraente

Firma dell'infortunato/a

Va a: **Contraente**

/

Il/la sottoscritto/a infortunato/a autorizza la Basilese Assicurazione SA [Basilese Vita SA] (in seguito denominata «Basilese»), a utilizzare i propri dati personali nell'ambito della valutazione e della gestione del caso assicurativo in oggetto. In particolare, la Basilese è autorizzata a:

- trasmettere i dati a terzi coinvolti, all'interno del territorio nazionale e all'estero (ad es. coassicuratori e riassicuratori o Case Manager);
- esercitare eventuali azioni di rivalsa contro terzi responsabili (o contro i relativi assicuratori per la responsabilità civile) e comunicare a questi ultimi i dati necessari;
- richiedere informazioni utili presso fornitori di prestazioni mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono cure su prescrizione o indicazione medica, laboratori, ospedali, istituti che effettuano cure semiospedaliere o ambulatorie, case di cura), assicuratori sociali (AVS, AI, LAINF, LAMal) e privati, istituti di previdenza, uffici pubblici, datori di lavoro, testimoni e altre persone informate sui fatti, nonché consultare la loro documentazione.

Il/la sottoscritto/a autorizza le persone e istituzioni interpellate a comunicare alla Basilese qualora quest'ultima dovesse richiederlo, i dati necessari ai fini dell'esame e della gestione del caso assicurativo. Pertanto tali persone e istituzioni, sono esentate dall'obbligo di riservatezza.

Il suddetto esonero vale anche per la Basilese, in riferimento ai dati inoltrati a terzi ai fini della gestione del caso assicurativo.

Certificato medico

Non valido per l'assicurazione
infortuni obbligatoria LAINF

Numero d' infortunio

1. Contraente	Nome, indirizzo con NPA	No. tel.	No. del contratto

2. Infortunato/a	Cognome et nome	Data di nascita	No. AVS (11 cifre)
	Via	Stato civile	No. tel.
	NPA Luogo		
3. Attività professionale			
4. Data dell'infortunio			
	Giorno	Mese	Anno
			Alle ore/min.

Con preghiera di compilare in caso **D'INCAPACITA LAVORATIVA INFERIORE A QUATTRO SETTIMANE:**

5. Durata della cura medica	dal: _____ al: _____		
6. Inabilità	<input type="checkbox"/> totale	dal: _____	al: _____
	<input type="checkbox"/> parziale	% dal: _____	al: _____
7. Prognosi (Fine della cura? Invalidità?)	Se la liquidazione del caso interverrà nei prossimi giorni, queste indicazioni restano valide come certificato finale.		
8. Diagnosi			

Con preghiera di compilare, se l'incapacità lavorativa:

- oppure se:
- **PROBABILMENTE SARA SUPERIORE A QUATTRO SETTIMANE,**
 - **E' SOLO IN PARTE RICONDUCIBILE ALL'INFORTUNIO,**
 - **DELLE COMPLICAZIONI O DEI NOTEVOLI RITARDI INTERVENGONO NEL PROCESSO DI GUARIGIONE**

9. Dichiarazioni dell'infortunato/a (Descrizione dell'inf. ecc.)	
10. Costatazione delle lesioni, stato psichico (Es: choc, alcool)	
11. Malattie estranee all'infortunio, infermità o esiti di infortuni precedenti	
12. Terapia attuale e futura	
Genere di cura	<input type="checkbox"/> ambulatoria <input type="checkbox"/> a domicilio <input type="checkbox"/> in ospedale, dove?
13. Proposte particolari, anche non necessariamente a carattere medico	
14. Altre assicurazioni infortuni?	

Luogo e data

Timbro e firma del medico curante
