

# 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?	
	b) E' implicata una terza persona nell'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no    Se sì, nome e indirizzo _____ _____		_____ _____		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
		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:			
	_____ _____		_____ _____			
<b>Informazioni concernenti l'attività professionale</b>						
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: _____				

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.

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

Luogo e data

Firma del/la contraente

Firma dell'infortunato/a

---

---

---

# 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?	
	b) E' implicata una terza persona nell'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no    Se sì, nome e indirizzo _____ _____		_____ _____		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
		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:			
	_____ _____		_____ _____			
<b>Informazioni concernenti l'attività professionale</b>						
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: _____				

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.

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

Luogo e data

Firma del/la contraente

Firma dell'infortunato/a

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# 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:
	<input type="checkbox"/> parziale	% dal:
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

Va a: Primo medico curante -> Basilese Assicurazione SA, Sinistri Svizzera, Aeschengraben 21, Casella postale, 4002 Basel  
Tel. 00800 24 800 800, Fax +41 58 285 90 73, sinistri@baloise.ch, www.baloise.ch