

## Annuncio d'infortunio

---

La preghiamo di compilare in modo esauriente questo formulario e di rispedirlo firmato alla Cassa malati Agrisano SA., entro 10 giorni. Ciò permetterà una veloce valutazione della Sua richiesta, minimizzando la possibilità d'ulteriori domande di chiarimento. La ringraziamo per la Sua collaborazione.

### Dati personali

Cognome  Nome   
Indirizzo  NCP/località   
Data di nascita  No. d'ass.

### Contatto

Tel. privato  Tel. ditta   
Cellulare  E-Mail   
A che ora è meglio rintracciabile?  Privato  Ditta  Cellulare

Contatto di riferimento in caso di ulteriori chiarimenti?

### Informazioni concernenti l'infortunio

Quando è avvenuto l'infortunio (data e ora)?

Dov'è accaduto l'infortunio (località, luogo esatto)?

L'infortunio è avvenuto  sul tragitto casa-lavoro  al lavoro  nel tempo libero

Descrizione precisa e completa dell'infortunio subito:

### Informazioni sul trattamento e assistenza medica

Parte del corpo colpita:  sinistra  destra  entrambi i lati

Tipo di lesioni/descrizione precisa (p.e. tagli, fratture, torsione, contusione o shock):

Medico/dentista/ospedale curante:

Sussiste un'incapacità lavorativa?  sì  no  Se sì, per quanto tempo?

### Ulteriori informazioni

Sono stati coinvolti nell'incidente dei veicoli a motore o altri tipi di veicoli?  sì  no

Se sì, quali (descrizione del veicolo, nome e indirizzo del conducente)?

È stato compilato un rapporto di polizia?      sì      no      Se sì, nome e indirizzo dell'ufficio di polizia:

Nomi e indirizzi di eventuali testimoni:

Gli è stata attribuita colpa dell'accaduto?      sì      no      Se sì, perché?

Sono state coinvolte altre persone nell'incidente?      sì      no      Se sì, nomi e indirizzi:

### Attività al momento dell'infortunio

Casalinga/o

Pensionato/a, invalido/a AI

Apprendista

Studente/essa

Impiegato/a

Indipendente

Aveva un'occupazione di lavoro o d'apprendistato al momento dell'infortunio?      sì      no

Se sì, nome e indirizzo del datore di lavoro:

Numero di ore lavorative settimanali:      Si tratta di un'impresa familiare?      sì      no

Se no, percepite o avete percepito un sussidio di disoccupazione?      sì, dal      al      no

### Altre assicurazioni

Esistono altre coperture assicurative per infortunio (p.e. Suva, assicurazione complementare, assicurazione ausiliaria, ecc.)?      sì      no      Se sì, nome e indirizzo della compagnia assicurativa:

No. polizza/sinistro:      Quali prestazioni sono coperte da questa assicurazione?

Ci sono dei terzi responsabili civilmente?      sì      no      Se sì, nomi e indirizzi:

### Osservazioni

Dichiaro di aver preso conoscenza che mie eventuali risposte non veritiere o eventuali informazioni tralasciate volontariamente possono ridurre o annullare il mio diritto alle prestazioni assicurative. Autorizzo la Cassa malati Agrisano SA ad assumere informazioni concernenti il caso in questione presso medici, ospedali, datore di lavoro, polizia, tribunale ecc.

**Luogo e data**

**Firma dell'infortunato o del rappresentante legale**

