

# Avviso di infortunio dal 16° anno di età

Nome  Cognome  Data di nascita   
Via  No  NPA  Luogo  No d'assicurato

## Come possiamo contattarla per eventuali chiarimenti?

Telefono  E-mail

## Dati supplementari

- 1 a) Presso quale datore di lavoro era impiegato al momento dell'incidente?  
(se libero professionista: indirizzo della ditta e forma giuridica)
- b) Numero di ore lavorative settimanali?  8 ore e di più  Meno di 8 ore
- 2 a) Se non aveva alcun rapporto lavorativo: per quale motivo?  Indipendente  Senza attività lavorativa  Beneficiaria/o AI  Casalinga/o  Pensionata/o  Altro:
- b) Ultimo datore di lavoro prima dell'evento?
- Impiegato presso questo datore di lavoro dal  al
- 3 Percepisce o ha percepito prestazioni dalla cassa disoccupazione?  Sì  No dal  al

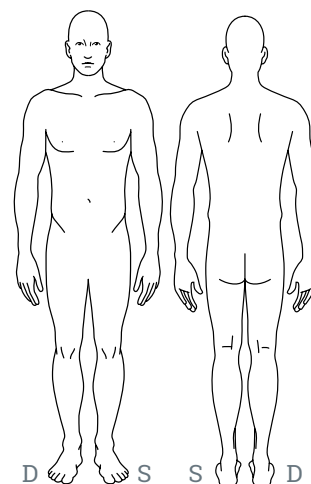
## Dettagli/dinamica dell'infortunio

- 4 Quando è avvenuto l'infortunio? Data  Ora  Luogo
- 5 L'infortunio è avvenuto sulla strada da/per il posto di lavoro?  Sì  No  
L'infortunio è avvenuto durante il lavoro?  Sì  No
- 6 Descrizione dettagliata della dinamica dell'infortunio (Luogo, tempo, persone coinvolte, veicoli, macchine, animali)
- 7 Testimoni oculari e rispettivi indirizzi

## Trattamento

- 8 Prime cure prestate da medico / ospedale (indirizzo)  
Data
- 9 Cure successive prestate da? (indirizzo)  
Data
- 10 Genere di lesione?  
 Distorsione  Strappo legamenti  
 Frattura  Menisco  
 Contusione  Ferita da taglio  
 Lesione  Colpo di frusta  
 Stiramento  Lesione ai denti
- (descrizione dettagliata, parte del corpo, denti, ecc.)

Indicare la parte del corpo lesa



## Persone coinvolte

11 a) L'infortunio è stato causato da un'altra persona?

No

Sì, cognome/nome e indirizzo

b) La persona coinvolta ha una assicurazione responsabilità civile? (in caso di incidente stradale vedi domande supplementari al punto 15)

No

Sì, nome e indirizzo dell'assicurazione RC

Polizza / No sinistro

12 E' stato redatto un rapporto di polizia?

No

Sì, da quale posto di polizia (nome e indirizzo)

## Dettagli della copertura assicurativa

13 E' assicurato per l'infortunio tramite il suo datore di lavoro?

No

Sì, nome e indirizzo dell'assicuratore

Polizza / No sinistro

14 Esiste per questo evento un'altra copertura assicurativa?

No

Sì, nome e indirizzo dell'assicuratore

L'infortunio è già stato annunciato?  Sì  No

Polizza / No sinistro

Tipo di copertura assicurativa

## Incidenti stradali

15 **Veicolo da lei utilizzato**

Motorino / bicicletta  Automobile  Moto

Detentore

Conducente

Targa di controllo

Assicurazione RC

Assicurazione occupanti

**Veicolo con il quale è entrato in collisione**

Motorino / bicicletta  Automobile  Moto

Detentore

Conducente

Targa di controllo

Assicurazione RC

16 **Autorizzazione / firma**

li / La sottoscritto / a dichiara di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande, autorizza EGK a prendere visione di tutti gli atti relativi all'infortunio (p. es. documentazione medica dossier di altri assicuratori), cede ad EGK i suoi eventuali diritti derivanti dalla responsabilità civile per l'infortunio sopracitato fino all'ammontare delle prestazioni erogate dalla stessa e prende atto del fatto che EGK può far valere i suoi diritti nei confronti di terzi, rispettivamente della loro assicurazione responsabilità civile.

Luogo e data

Firma della persona assicurata/  
del suo rappresentante legale