Avviso di infortunio per bambini

EGK
Assicurati in modo sano

Nome ..... Cognome ..... Data di nascita .....

Rue ..... No ..... NPA ..... Luogo ..... No d'assicurato .....

Come possiamo contattarla per eventuali chiarimenti?

Telefono _____ **E-mail** _____

Dettagli / dinamica dell'infortunio

1 Quando è avvenuto l'infortunio? Data ..... Ora ..... Luogo .....

2 L'infortunio è avvenuto presso una società/ azienda? (p. es.: stage)

☐ No ☐ Sì, nome ed indirizzo della società / azienda

3 Descrizione dettagliata della dinamica dell'infortunio (Luogo, tempo, persone coinvolte, veicoli, macchine, animali)

Trattamento

4 Prime cure prestate da medico / ospedale (indirizzo)

Data .....

5 Cure successive prestate da? (indirizzo)

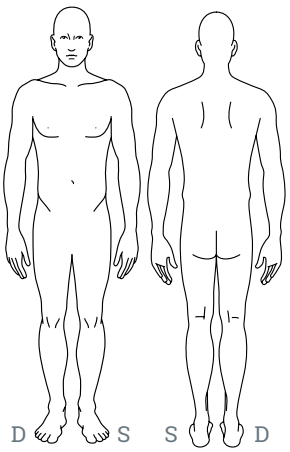
Data .....

6 Genere di lesione?

☐ Distorsione ☐ Strappo legamenti
☐ Frattura ☐ Menisco
☐ Contusione ☐ Ferita da taglio
☐ Lesione ☐ Colpo di frusta
☐ Stiramento ☐ Lesione ai denti
☐ Nessuna definizione corrisponde

(descrizione dettagliata, parte del corpo, denti, ecc.)

Indicare la parte del corpo lesa



Vedi retro

Persone coinvolte

7 a) L'infortunio è stato causato da un'altra persona? ☐ No ☐ Sì, cognome / nome e indirizzo

7 b) La persona coinvolta ha concluso un'assicurazione responsabilità civile? (p. es.: responsabilità civile privata, responsabilità civile per veicoli a motore, ecc.) ☐ No ☐ Sì, nome e indrizzio dell'assicurazione

Polizza / No sinistro

8 E' stato redatto un rapporto di polizia? ☐ No ☐ Sì, da quale posto di polizia (nome e indirizzo)

Dettagli della copertura assicurativa

9 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

10 **Autorizzazione I firma**
Io / 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

La EGK-Cassa della salute comprende la Fondazione EGK-Cassa della salute con le società anonime ad essa affiliate: EGK Assicurazioni di base SA (assicuratore nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal), EGK Assicurazioni private SA (assicuratore nell'ambito delle assicurazioni complementari secondo LCA) ed EGK Services SA.

EGK-Cassa della salute
Birspark 1, 4242 Laufen
Telefono 061 765 51 11
info@egk.ch, www.egk.ch