

# Avviso di infortunio per bambini fino al 15° anno di età

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

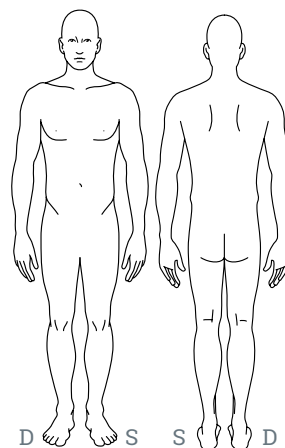
4 Prime cure prestate da medico / ospedale (indirizzo)  
Data

5 Cure successive prestate da? (indirizzo)  
Data

- 6 Genere di lesione?
- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Distorsione | <input type="checkbox"/> Strappo legamenti |
| <input type="checkbox"/> Frattura    | <input type="checkbox"/> Menisco           |
| <input type="checkbox"/> Contusione  | <input type="checkbox"/> Ferita da taglio  |
| <input type="checkbox"/> Lesione     | <input type="checkbox"/> Colpo di frusta   |
| <input type="checkbox"/> Stiramento  | <input type="checkbox"/> Lesione ai denti  |

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

Indicare la parte del corpo lesa



## 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 indirizzo dell'assicurazione  
  
Polizza/ No sinistro
- 8 E' stato redatto un rapporto di polizza?  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

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

\_\_\_\_\_