



## Avviso d'infortunio

(Da compilarsi da parte della persona assicurata o del suo rappresentante legale). Voglia rispondere esattamente ed esaurientemente a tutte le domande pertinenti (non sono ammesse risposte in forma di semplice tratto di penna), rinviandoci l'avviso a stretto giro di posta.

Pratica trattata da:

No. telefono diretto:

Ufficio di distribuzione	Rilasciato il
Persona assicurata	
No. d'assicurato/a	Data di nascita

### 1. Ulteriori indicazioni sulla persona ferita

1.1 Esercita una professione? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> impiegato <input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> casalinga/o <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> bambino/a <input type="checkbox"/> attività accessoria (impiego stagionale, a tempo parziale) <input type="checkbox"/> tirocinio di prova <input type="checkbox"/> _____
1.2 Nome e indirizzo del datore di lavoro al momento dell'infortunio
1.3 Orario lavorativo? giorni alla settimana _____ ore alla settimana _____ attività professionale _____
1.4 È disoccupato/a? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Quando si è annunciato/a presso l'ufficio di collocamento? _____ Se sì, riceve l'indennità giornaliera dell'ass. di disoccupazione? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no dal _____ fino al _____ Chi è stato il suo ultimo datore di lavoro <b>prima della disoccupazione?</b> _____
1.5 Il suo no. di telefono per eventuali domande Privato _____ Ufficio _____

### 2. Decorso dell'infortunio

2.1 Data dell'infortunio _____ ora _____ luogo _____ L'infortunio è avvenuto <input type="checkbox"/> sul tragitto per recarsi al lavoro <input type="checkbox"/> sul luogo di lavoro <input type="checkbox"/> nel tempo libero <input type="checkbox"/> durante il servizio militare <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> nei 30 giorni susseguenti la fine del rapporto lavorativo (copertura LAINF successiva)
2.2 Com'è avvenuto esattamente l'infortunio (breve descrizione)
2.3 La colpa dell'infortunio è attribuibile a una terza persona? (Per gli infortuni della circolazione si vedano le domande complementari) <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2.4 Nome, indirizzo e telefono della stessa
2.5 Nome e indirizzo dell'assicurazione di responsabilità civile di detta terza persona
2.6 Testimoni (nome, indirizzo e telefono)
2.7 È stato redatto un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Da quale ufficio?


### 3. Ferite

3.1 Genere delle ferite (descrizione esatta, parte del corpo, dente ecc.)	
3.2 Primo medico/dentista curante (indirizzo esatto)	Proseguimento della cura con:
3.3 È inabile al lavoro? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no 100% dal _____ / _____ % dal _____	

### 4. Altre assicurazioni

Presso quali delle assicurazioni sottoelencate è assicurato/a obbligatoriamente e/o a titolo complementare contro gli infortuni e per quali prestazioni? Voglia rispondere con esattezza a tutte le domande pertinenti.  
**Se non sussistono altre assicurazioni, contrassegni con una crocetta tutte le caselle «no».**

Assicurazione	Compagnia assicuratrice	Copertura assicurativa
4.1 Assicurazione infortuni obbligatoria del datore di lavoro? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Nome No. di sinistro:	secondo LAINF
4.2 Assicurazione compl. all'assicurazione obbligatoria infortuni? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Nome, agenzia No. di polizza	Quale copertura delle spese di guarigione sussiste?
4.3 Assicurazione infortuni privata? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Nome, agenzia No. di polizza	Copertura delle spese di guarigione? <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> a complemento della cassa malati <input type="checkbox"/> nessuna
4.4 Assicurazione contro infortuni scolastici? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Nome, agenzia No. di polizza	Copertura delle spese di guarigione? <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> a complemento della cassa malati <input type="checkbox"/> nessuna

### 5. Domande supplementari in caso d'infortunio della circolazione

	Veicolo utilizzato da lei	Veicolo implicato nella collisione
5.1 Tipo di veicolo (p. es. bicicletta, ciclomotore, auto), marca e tipo		
5.2 Detentore (proprietario): Nome, indirizzo		
5.3 Conducente Nome, indirizzo		
5.4 Targa		
5.5 Assicurazione responsabilità civile	Nome	
	Agenzia	
	No. di polizza	
5.6 Assicurazione occupanti? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Chi è compreso? <input type="checkbox"/> proprietario <input type="checkbox"/> conducente <input type="checkbox"/> passeggero	Nome Agenzia No. di polizza	Copertura delle spese di guarigione? <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> a complemento della cassa malati <input type="checkbox"/> nessuna

### Osservazioni

**In casi di responsabilità civile, le indennità, i concordati e le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificati alla Visana/Visana Assicurazioni SA prima della riscossione e della firma. In caso di violazione di questo obbligo di notifica, lei perderà i suoi diritti alle prestazioni della Visana/Visana Assicurazioni SA.**

**Insorto l'evento assicurato, la Visana subentra, fino all'ammontare delle prestazioni prescritte dalla legge sull'assicurazione malattie (LAMal), nei diritti dell'assicurato contro terzi responsabili.**

**La Visana Assicurazioni SA copre dall'assicurazione secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA) soltanto la parte del danno che non deve essere assunto da terzi responsabili. Se la Visana Assicurazioni SA ha corrisposto delle prestazioni che devono essere assunte da terzi responsabili, la Visana Assicurazioni SA è surrogata nei diritti dell'assicurato nei confronti di terzi per un importo pari alle prestazioni da essa corrisposte.**

**Il/la sottoscritto/a dichiara di aver risposto a tutte le domande in modo veritiero e completo ed autorizza la Visana/Visana Assicurazioni SA a prendere visione di tutti gli atti relativi all'infortunio (p. es. documenti medici, atti della SUVA, dell'assicurazione militare e dell'assicuratore infortuni privato, atti ufficiali).**

**Luogo e data:**

**Firma della persona assicurata o del suo rappresentante legale:**

**Si prega di compilare il modulo e di inviarlo entro 5 giorni al centro delle prestazioni competente**