



<b>Accertamenti:</b> Chi ha svolto gli accertamenti? Desidera una visita di controllo? Nome dei testimoni  Sono stati interrogati?	
	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

<b>Infortunio non professionale:</b> Quando ha lavorato l'ultima volta prima dell'infortunio? <small>(giorno della settimana, data, ora)</small>	
--	--

<b>Lesione:</b> Parte del corpo ferita (destra/sinistra)  Tipo di lesione	
---	--

<b>Incapacità al guadagno:</b> Il/la contraente ha interrotto l'attività a seguito	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
---	---

Se sì, quando?	
----------------	--

<b>Indirizzi dei medici:</b> Primo medico curante/ospedale, clinica	
--	--

Successivi medici/ospedali, cliniche	
--------------------------------------	--

### 5. Orario di lavoro della persona infortunata

Giorni di lavoro alla settimana	
---------------------------------	--

Ore di lavoro alla settimana	
------------------------------	--

Orari settimanali dell'azienda	
--------------------------------	--

Tipo di impiego	<input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> tempo parziale (orario ridotto)
-----------------	--

### 6. Guadagno della persona assicurata

Salario determinante		Orario	Giornaliero	Mensile	Annuo
Salario a contanti	Salario lordo (AVS) CHF				
	Indennità di rincarò CHF				
	Provvigioni CHF				
	Indennità vacanze CHF				
	Altre componenti salariali CHF				
	Gratifiche/13a mensilità CHF				
Salario in natura	CHF				
Tipo di salario in natura					
Totale	CHF				

### 7. Altre assicurazioni sociali

Il/la contraente ha diritto a indennità giornaliera o rendite da casse malati, dalla LAINF o da assicurazioni invalidità, vecchiaia, superstiti, militare o disoccupazione?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
---	---

Se sì, dove?	
--------------	--

## 8. Firma

Luogo, data	
-------------	--

Firma	
-------	--

Il/la sottoscritto/-a autorizza la società a richiedere ad altri assicuratori o a terzi informazioni concernenti il sinistro e a prendere visione di tutti gli atti ufficiali e giudiziari in relazione al sinistro. Inoltre il/la sottoscritto/-a autorizza i medici e i terzi interpellati dalla società a fornire alla stessa o al suo servizio medico tutte le informazioni richieste in relazione al sinistro. Il/la sottoscritto/-a consente che la società compagnia nella misura necessaria, ad altri assicuratori, più precisamente ai coassicuratori in Svizzera e all'estero, dati inerenti al sinistro. La compagnia di assicurazioni non è vincolata a eventuali dichiarazioni di responsabilità rilasciate dal contraente.

Testo aggiuntivo:

**Inviare**

**Stampare**

