



## Notifica d'infortunio

1/1

### Persona assicurata

Compilare in modo  
completo tutti i campi

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>		
Via/n. civico	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
Numero cliente	<input type="text"/>	N. di assicurazione sociale	<input type="text"/>

### Informazioni complementari della persona lesa

1. Come possiamo raggiungere lei (o il suo rappresentante legale) durante il giorno in caso di domande?

Numero di telefono  Indirizzo e-mail

2. Al momento dell'infortunio aveva un'attività lucrativa?

no  sì

Se sì, di quante ore settimanali?

Nome dell'assicurazione infortuni  Numero di polizza

Indipendente  Dipendente  Apprendista  Praticante  Ragazzo/Ragazza /Studente  Pensionato/Pensionata

3. Al momento dell'infortunio percepiva un'indennità di disoccupazione?

no  sì

### Descrizione dell'infortunio

1. Quando è accaduto l'infortunio? (Data)

2. Descrizione precisa della causa e del luogo dell'infortunio. Quali lesioni ha subito?

3. Sono coinvolte nell'infortunio altre persone?

no  sì

Se sì, nome, indirizzo, assicurazione responsabilità civile; dati sui testimoni.

In caso di responsabilità di terzi faremo valere il nostro diritto di regresso nei confronti delle persone responsabili. Per i costi non coperti (incl. aliquota percentuale e franchigia) può citare in giudizio le persone responsabili o la loro assicurazione di responsabilità civile.

4. È stato compilato un rapporto di polizia?

no  sì

5. È assicurato contro gli infortuni presso un'altra compagnia?

no  sì

Se sì, nome della compagnia  Numero polizza

6. È sostenitore/sostenitrice della Rega?

no  sì

### Conferma

Mediante apposizione  
della sua firma  
conferma la veridicità  
delle sue indicazioni.

Luogo e data

Firma (contraente, rappresentante legale)