



## Notifica d'infornio dentario

### 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

- Come possiamo raggiungere lei (o il suo rappresentante legale) durante il giorno in caso di domande?  
Numero di telefono  Indirizzo e-mail
- Al momento dell'infornio aveva un'attività lucrativa?  no  sì  
Se sì, di quante ore settimanali?   
Nome dell'assicurazione infornio  Numero di polizza   
 Indipendente  Dipendente  Apprendista  Praticante  Ragazzo/Ragazza /Studente  Pensionato/Pensionata
- Al momento dell'infornio percepiva un'indennità di disoccupazione?  no  sì

### Descrizione dell'infornio

- Quando è accaduto l'infornio? (Data)
- Descrizione precisa della causa e del luogo dell'infornio. Quali lesioni ha subito?
- Sono coinvolte nell'infornio 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.
- Quando ha consultato il dentista per la prima volta in relazione all'infornio?  
Data
- Indirizzo esatto del medico?  
Nome e cognome   
Indirizzo
- Ha subito altre lesioni?  no  sì  
Se sì, quali?



Riporto da pagina 1

Persona assicurata

Numero cliente

7. Si è recato da un medico per trattarle?

no

sì

Nome e cognome

Indirizzo

### Infortunio occorso mangiando

1. È stato un alimento a causare l'infortunio?

no

sì

Se sì, quale (descrizione precise dell'alimento o dell'oggetto masticato)?

2. Ha delle prove?

no

sì

Se sì, dove si trovano?

La preghiamo di allegare il mezzo/documento probatorio dell'infortunio causato dalla masticazione alimentare.

3. Lei o una terza persona avete notificato l'accaduto al punto vendita o al ristorante?

no

sì

Se sì, dove e quando?

4. Possiede una copertura contro gli infortuni a titolo complementare presso un'altra compagnia assicurativa?

no

sì

Se sì quale, nome, indirizzo

Numero di polizza

### Conferma

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

Luogo e data

Firma (contraente, rappresentante legale)