

Notifica d'infortunio

Persona assicurata: _____

Data di nascita: _____

Domicilio: _____

Numero cliente: _____

Informazioni complementari della persona lesa

Come possiamo raggiungerla (rispettivamente il rappresentante legale) per altre informazioni durante il giorno, telefonicamente o per email?

Numero di telefono:

Indirizzo email:

Al momento dell'infortunio aveva un'attività lucrativa?

No

Sì

Orario di lavoro (ore settimanali):

Nome dell'assicurazione infortuni:

Numero di polizza:

Indipendente

Dipendente

Apprendista

Praticante

Ragazzo/Ragazza/Studente

Pensionato/Pensionata

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

No

Sì

Descrizione dell'infortunio:

Quando è accaduto l'infortunio? (Data):

Luogo dell'infortunio:

Descrizione precisa della causa e del luogo dell'infortunio:

Quali lesioni ha subito?

Sono coinvolte nell'infortunio altre persone?

- No
 Sì

Nome/Indirizzo/Assicurazione responsabilità civile:

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.

È stato compilato un rapporto di polizia?

- Sì
 No

E' assicurato contro gli infortuni presso un'altra compagnia?

- No
 Si

Nome della compagnia:

Numero polizza:

È sostenitore / sostenitrice della Rega?

- No
 Si

Luogo e data

Firma