



NOTIFICA D'INFORTUNIO LAMAL / LCA

(Da compilare dalla persona assicurata o dal suo rappresentante legale)

Voglia rispondere in maniera completa e precisa a tutte le domande e rinviarci la notifica d'infortunio al più presto.

Dati personali della persona assicurata	
Sesso:	<input type="checkbox"/> donna <input type="checkbox"/> uomo
Cognome:	..... Nome:
Via:	..... NPA / luogo:
Data di nascita:	..... Ass. n.:
Tel. privato:	..... Tel. ufficio:
1. Ulteriori indicazioni sulla persona lesa	
1.1 Esercita una professione?	
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> in proprio <input type="checkbox"/> tirocinio di prova <input type="checkbox"/> attività accessoria	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> casalinga/o <input type="checkbox"/> pensionata/o <input type="checkbox"/> bambina/o	
<input type="checkbox"/>	
(In caso negativo, si prega di passare direttamente alla domanda 2 "Dinamica dell'infortunio")	
1.2 Nome e indirizzo del datore di lavoro al momento dell'infortunio:	
Nome:	..... Nome:
Indirizzo:	..... NPA / luogo:
1.3 Orario lavorativo: attività professionale:	
giorni alla settimana: ore alla settimana:	
1.4 È disoccupata/o? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Quando si è annunciata/o presso l'ufficio del lavoro?	
In caso affermativo, riceve indennità giornaliera dall'assicuraz. contro la disoccupazione? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
dal al	
Chi era il suo ultimo datore di lavoro prima della disoccupazione?	
2. Dinamica dell'infortunio	
2.1 Dati più precisi	
Data dell'infortunio	Ora Luogo
L'infortunio è avvenuto:	
<input type="checkbox"/> sul tragitto per recarsi al lavoro <input type="checkbox"/> sul posto di lavoro <input type="checkbox"/> nel tempo libero <input type="checkbox"/> durante il servizio militare	
<input type="checkbox"/> nei 31 giorni successivi alla fine del rapporto di lavoro (copertura successiva LAINF)	
<input type="checkbox"/>	
2.2 Descrizione precisa dell'infortunio (descrizione concisa)	
.....	
.....	
2.3 La responsabilità dell'infortunio è attribuibile a terzi? (per gli incidenti stradali si vedano le domande supplementari) <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Cognome:	..... Nome:
Indirizzo:	..... NPA / luogo:
Numero di telefono:	
Assicuraz. di responsabilità civile:	
Indirizzo:	..... NPA / luogo:



2.4 Ci sono testimoni? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Cognome: Nome: Indirizzo: NPA / luogo: Numero di telefono:		
2.5 È stato redatto un rapporto di polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Ufficio:		
3. Lesioni		
3.1 Tipo di lesioni (descrizione esatta, parte del corpo, dente, ecc.)		
3.2 Medici / dentisti curanti Primo medico / dentista intervenuto Nome: Nome: Indirizzo: NPA / luogo: Numero di telefono: Trattamento successivo da parte di: Cognome: Nome: Indirizzo: NPA / luogo: Numero di telefono:		
3.3 È inabile al lavoro? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no 100% dal / % dal		
4. Altre assicurazioni		
Presso quale delle seguenti assicurazioni dispone dell'assicurazione obbligatoria e/o 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	Soggetto giuridico	Copertura assicurativa
Assicurazione infortuni obbligatoria del datore di lavoro? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Nome: Sinistro n.:	Secondo LAINF
Assicuraz. complementare all'assicuraz. obbligatoria infortuni? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Nome, agenzia: Polizza n.:	Quale copertura dei costi di guarigione sussiste?
Assicurazione infortuni privati? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Nome, agenzia: Polizza n.:	Copertura dei costi di guarigione? <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> a complemento della cassa malati <input type="checkbox"/> nessuna



5. Domande supplementari in caso di incidente stradale

Dati necessari	Veicolo utilizzato	Veicolo coinvolto nella collisione
Tipo di veicolo (ad es. bicicletta, ciclomotore, automobile), marca e tipo	..........	..........
Detentore (proprietario) Nome, indirizzo	..........	..........
Conducente Nome, indirizzo	..........	..........
Targa	.....	.....
Assicurazione di responsabilità civile	Nome, agenzia: Polizza n.:	Nome, agenzia: Polizza n.:
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: Polizza n.:	Nome, agenzia: Polizza n.:

Osservazioni:

.....

.....

.....

Nei casi di responsabilità civile, le indennità, i concordati e le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificati all'assicuratore competente del Gruppo Visana (Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Visana Assicurazioni SA) prima della riscossione e della firma. In caso di violazione di questo obbligo di notifica, si perdono i diritti alle prestazioni dell'assicuratore competente.

Verificatosi l'evento assicurato, l'assicuratore LAMal subentra fino all'ammontare delle prestazioni prescritte dalla Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) nei diritti dell'assicurato nei confronti di terzi responsabili.

Visana Assicurazioni SA copre a carico dell'assicurazione secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) soltanto la parte del danno che non è assunto da terzi responsabili. Se Visana Assicurazioni SA ha corrisposto prestazioni che devono essere assunte da terzi responsabili, 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 e autorizza l'assicuratore competente a prendere visione di tutti gli atti relativi all'infortunio (ad es. documenti medici, atti della SUVA, dell'assicurazione militare e dell'assicuratore infortuni privato, atti ufficiali).

Luogo, data

Firma della persona assicurata o del suo rappresentante legale