

# AVVISO D'INFORTUNIO/CONSEGUENZE DELL'INFORTUNIO

SÌ (si prega di rispondere alle domande 1-10)

NO (malattia: \_\_\_\_\_ )

**Contatto** Centro Prestazioni Zurigo

**Tel.** +41 44 556 55 50

**Fax** +41 44 556 55 12

lczuerich@atupri.ch

Atupri Assicurazione della salute SA

Leistungscenter

Andreasstrasse 15

Postfach

8050 Zürich Oerlikon

La preghiamo di compilare il seguente questionario in ogni sua parte (scrivendo le risposte in stampatello) e inviando la notifica di infortunio **entro 10 giorni** alla Atupri.

---

<b>1</b>	Persona infortunata	Indirizzo
	N. d'assicurato	Data di nascita
	Telefono privato	Telefono lavoro

---

**2** Al momento dell'infortunio la persona infortunata era lavoratrice dipendente?      sì      no

Scolaro/studente      apprendista      lavoratore dipendente      lavoratore indipendente-e      nessuna attività lucrativa

Se sì, nome e indirizzo del datore di lavoro

Ore di lavoro settimanali      **meno di 8 ore**      **8 o più ore**

---

**2.1** Al momento dell'infortunio la persona infortunata era disoccupata?      sì      no

Quando e dove ha lavorato per l'ultima volta?

Sta ricevendo un sussidio di disoccupazione?      sì      no

---

<b>3</b>	Data dell'infortunio	Ora dell'infortunio	Luogo esatto dell'infortunio
	Descrizione esatta dell'infortunio (breve resoconto)		

---

**4** Tipo di lesione (descrizione esatta, frattura/contusione; parte del corpo coinvolta, destra/sinistra ecc.)

Tipo di trattamento	ambulatoriale	ospedaliero
In cura presso (nome e indirizzo dei medici, dentisti, fisioterapia, trattamenti ambulatoriali in strutture ospedaliere ecc.)		
1	3	
2	4	
In caso di degenza ospedaliera, nome dell'ospedale		
Data del ricovero		Data della dimissione

---

---

**5 Infortuni sportivi**

sì no

Nome, indirizzo, No. telefonico del responsabile

Nome e indirizzo dell'assicurazione di responsabilità civile della persona responsabile

---

**6 La persona infortunata è coperta per questo infortunio da un'altra assicurazione**

(per es. assicurazione infortuni del datore di lavoro, assicurazione militare, altra assicurazione malattia, assicurazione infortuni per scolari, assicurazione privata, assicurazione di associazioni, assicurazione viaggi, assicurazione vacanze ecc.)

sì no

Se sì, dove?

L'assicurazione sostiene interamente le spese di cura?

sì no

O fornisce un'integrazione all'assicurazione malattie?

sì no

Si prega di allegare la polizza assicurativa e le condizioni generali di assicurazione o le relative copie.

Gli originali saranno restituiti dopo averne preso visione.

---

**7 La persona infortunata è coperta dall'assicurazione infortuni del datore di lavoro in reparti ospedalieri semiprivati o privati?**sì no

---

**8 In caso di infortuni occorsi durante attività sportive (manifestazioni di associazioni)**

La persona infortunata è membro attivo di un'associazione?

sì no

Se sì, quale?

È coperta da un'assicurazione supplementare/complementare in caso di infortunio? Se sì

Nome dell'assicurazione

Agenzia

N. di polizza

---

**9 Casi di infortunio con veicoli****Veicolo della persona infortunata****Veicolo coinvolto nella collisione**

Tipo (per es. bici, scooter, auto)

Possessore Nome, indirizzo,  
No. telefonico (proprietario)Conducente - Nome, indirizzo,  
No. telefonico

N. di targa.

Assicurazione di responsabilità civile  
(agenzia/n. di polizza)Assicurazione passeggeri  
(agenzia/n. di polizza)Si prega di allegare la polizza assicurativa e le condizioni generali di assicurazione del possessore del veicolo o le relative copie. Gli originali saranno restituiti dopo averne preso visione.

---

**10 È stato redatto un rapporto di polizza?**

sì no

Nome e indirizzo dei testimoni

---

Atupri è autorizzata a prendere visione di tutti i documenti del sinistro (referti e certificati medici, documenti SUVA e di assicurazioni private, atti penali ecc.).

**Luogo e data****Firma del contraente / della contraente  
o del rappresentante legale / della rappresentante legale**

---