

AVVISO D'INFORTUNIO DENTARIO

Contatto Centro Prestazioni Zurigo
Tel. +41 44 556 55 60
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.

1	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 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

3 Data dell'infortunio Ora dell'infortunio Luogo esatto dell'infortunio
Descrizione esatta dell'infortunio (breve resoconto)

4 Quale o quali denti sono stati infortunati? Il o i denti infortunati sono già stati curati in precedenza?

Il/i dente/i infortunato/i è/sono già stato/i curato/i in precedenza? sì / Data: no
Se sì, si è trattato di cure dentarie in seguito a infortunio? sì / Infortunio del: no
Chi ha pagato le spese all'epoca e chi era il medico curante?

Chi effettua al momento le cure dentarie relative all'infortunio (indirizzo esatto del medico dentista)?

1
2

5 Esiste un responsabile dell'infortunio? 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 Infortuni sportivi

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 (proprietario)

Nome, indirizzo, No. telefonico

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**
