

Assicurazione malattie ed infortuni per privati

Dichiarazione di sinistro

N° polizza

Prenditore d'assicurazione

Nome/cognome _____		Data di nascita _____	Stato civile _____
Via _____		Conto postale o bancario n° _____	
NPA/luogo _____		Banca/filiale di _____	
Tel. privato _____	cellulare _____	Sottoposto all'IVA _____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Tel. ufficio _____	cellulare _____	N° IVA _____	
Fax _____	E-Mail _____	_____	

Paziente

Nome/cognome _____		Nome ed indirizzo del medico _____	
Data di nascita _____	Stato civile _____	<input type="text" value="(lasciare vuoto)"/>	
Professione _____		È subentrata un'incapacità lavorativa? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
Via _____		Da quando? <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> parziale	
NPA/luogo _____		Durata presumibile _____	
Tel. _____	cellulare _____	Esistono altre assicurazioni p. es. assicurazioni	
Conto postale o bancario n° _____		responsabilità civile? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
Banca/filiale di _____		Dove? _____	
Terapia in ospedale _____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	N° polizza _____	
Ospedale/indirizzo _____		Sono assicurati le spese mediche? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
<input type="text" value="(lasciare vuoto)"/>		_____	

Quesiti di carattere generale

Nomi e indirizzi dei detentori di biciclette o veicoli a motore coinvolti		Società d'assicurazione della loro responsabilità civile	
a) _____	_____	_____	
b) _____	_____	<input type="text" value="(lasciare vuoto a)"/>	<input type="text" value="(lasciare vuoto b)"/>

Descrizione dell'infortunio

Data _____	Ora (0 - 24) _____	Ebbe luogo un'inchiesta ufficiale? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Luogo _____		Da parte di chi? _____
Incidente <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì		_____
Lesioni _____		Malattia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
_____		Quale? _____
Inizio della cura medica ospedalizzazione _____		Maternità <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

Descrizione del sinistro (da riempire anche qualora sia stato stilato un rapporto di polizza)

L'assicurato non può riconoscere pretese di risarcimento, senza la preventiva autorizzazione della Società. Il sottoscritto autorizza l'assicurazione a prendere visione degli atti ufficiali, degli atti medici nonché degli atti LAINF o LAMAL. Oltre a ciò, l'assicurato si dichiara d'accordo che l'assicurazione possa mettere a disposizione dati utili alla trattazione del caso a terzi, in special modo ad assicuratori coinvolti e che possa pure richiedere informazioni necessarie da quest'ultimi.

Luogo e data _____

Firma del prenditore d'assicurazione _____