

# Assicurazione contro la disoccupazione

## Annuncio d'infortunio durante la disoccupazione

Cognome

Nome

Nr. AVS

7 5 6

Data di nascita

G G M M A A A A A

Voglia inviare questo modulo alla sua cassa di disoccupazione.

1 Si tratta di una ricaduta?

no

sì, data della ricaduta:

il

G G M M A A A A A

Nr. dell'infortunio iniziale

2 Quando è avvenuto l'infortunio?  
(In caso di ricaduta, indicare la data iniziale)

Data dell'infortunio

G G M M A A A A

Ora

H H M M

3 Dov'è successo l'infortunio?  
Vogliate indicare il luogo e il posto esatto.

Luogo dell'infortunio

4 Come è avvenuto l'infortunio?

Descrizione dell'attività al momento dell'infortunio e della dinamica dello stesso.

Descrizione dell'infortunio

5 Quali oggetti come macchine, apparecchi, veicoli e sostanze sono stati coinvolti?

Oggetti coinvolti

6 Sono state coinvolte altre persone nell'infortunio?

no

sì

sconosciuto

7 Esiste un rapporto di polizia?

no

sì

sconosciuto

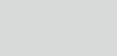


**8** Quale/i lesione/i ha riportato?  
Parti del corpo interessate e natura della lesione per ogni parte del corpo.

Parte del corpo lesa	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indeterminata
Natura della lesione	
Parte del corpo lesa	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indeterminata
Natura della lesione	
Parte del corpo lesa	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indeterminata
Natura della lesione	

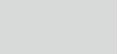
#### Incapacità al lavoro

**9** Lei è o è stato/a soggetto/a ad un'incapacità al lavoro?

no  sì, dal  al  % d'incapacità

*Voglia allegare i certificati medici.*

**10** Esiste di nuovo una capacità al lavoro?

no  sì, dal  al  % di capacità

*Voglia allegare i certificati medici. (se esiste)*

#### Indirizzi dei medici

**11** Da quali medici e in quali strutture sanitarie ha ricevuto le cure? (Studio medico, ospedale, clinica ecc.)

Primo medico consultato:

Medico e struttura sanitaria (nome, indirizzo)

Medico curante successivo:

Medico e struttura sanitaria (nome, indirizzo)

#### Infortunio professionale

**12** Ha subito l'infortunio mentre partecipava a un provvedimento inerente al mercato di lavoro o sul tragitto di andata/ritorno dallo stesso?

no  sì, dove?

Nome del provvedimento e dell'organizzatore

#### Guadagno intermedio

**13** Ha realizzato o aveva previsto un guadagno intermedio il giorno dell'infortunio?

no  sì, presso

Datore di lavoro (nome, indirizzo)

#### Altre prestazioni da assicurazioni sociali

**14** Riceve un'indennità giornaliera o una rendita, oppure ha presentato una domanda in tal senso?

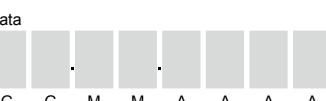
no  sì, quale?

Tipo di prestazione, tipo di assicurazione

Assicurazione perdita di guadagno in caso di malattia, assicurazione infortuni/Suva, assicurazione militare, assicurazione invalidità, previdenza professionale/cassa pensione, AVS, IPG incluse indennità di maternità e indennità per l'altro genitore, assicurazione estera

Luogo

Data



Firma