

Assicurazione contro la disoccupazione

Annuncio d’infortunio durante la disoccupazione

Cognome

Nome

Nr. AVS

756

Data di nascita

G G M M 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

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

Natura della lesione

☐ sinistra

☐ destra

☐ indeterminata

Parte del corpo lesa

Natura della lesione

☐ sinistra

☐ destra

☐ indeterminata

Parte del corpo lesa

Natura della lesione

☐ sinistra

☐ destra

☐ indeterminata

Incapacità al lavoro

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

☐ no

☐ sì, dal

Data

G G M M A A A A

al % d'incapacità

Voglia allegare i certificati medici.

10 Esiste di nuovo una capacità al lavoro?

☐ no

☐ sì, dal

Data

G G M M A A A A

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

G G M M A A A A

Firma