

Vaudoise Generale, Compagnia di assicurazioni SA, Place de Milan, 1001 Losanna  
 Tel. 0800 811 911 Fax 021 618 85 16 sinistres@vaudoise.ch

<b>1. Stipulante dell'assicurazione</b>	Cognome, nome		N. di sinistro		
	Indirizzo		N. di polizza		
	NPA / località		N. di telefono		
	E-mail		N. di fax		
<b>2. Infortunato</b>	Cognome, nome		Stato civile		
	Indirizzo		Figli minori di 18 anni o in formazione fino a 25 anni	Numero	
	NPA / località		Nome del padre (se infortunato minorenni)		
	Data di nascita	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Cassa malati		
	E-mail		N. di telefono		
	CCP / Banca - conto		Cellulare		
<b>3. Se con contratto di lavoro</b>	Professione esercitata				
	Datore di lavoro, se diverso dallo stipulante				
	Occupazione	Tasso % <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare			
	Disoccupato	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> totale			
<b>4. Infortunio</b>	Data (gg.mm.aaaa)		Ore (oo:mm)		
	Tipo di evento	<input type="checkbox"/> infortunio <input type="checkbox"/> infortunio dentale <input type="checkbox"/> malattia professionale <input type="checkbox"/> ricaduta			
	Se infortunio scolastico luogo dell'infortunio	<input type="checkbox"/> cortile della scuola <input type="checkbox"/> sul tragitto casa/scuola <input type="checkbox"/> in classe <input type="checkbox"/> aula di ginnastica <input type="checkbox"/> passeggiata scolastica <input type="checkbox"/> manifestazione scolastica <input type="checkbox"/> colonia <input type="checkbox"/> altro			
	Veicolo	<input type="checkbox"/> passeggero <input type="checkbox"/> conducente <input type="checkbox"/> vettura <input type="checkbox"/> moto-scooter <input type="checkbox"/> ciclomotore <input type="checkbox"/> bicicletta <input type="checkbox"/> altro veicolo			
	Via o zona				
	Località				
Descrizione dell'infortunio					
<b>5. Lesione</b>	Parte del corpo lesa	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> indeterminata			
	Tipo di lesione				
<b>6. Accertamenti</b>	Rapporto di polizia	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sconosciuto			
	Testi (cognome, nome, località)				
	Terzo responsabile (cognome, nome, località)				
<b>7. Indirizzi dei medici</b>	Prime cure				
	Cure ulteriori				
<b>8. Inabilità al lavoro</b>	Lavoro interrotto	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì da quando :	Inabilità lavorativa > 1 mese	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
	Lavoro ripreso il	<input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale			
<b>9. Salario da compilare solo se l'indennità giornaliera è calcolata in base al salario AVS</b>		CHF	Ora	Mese	Anno
	Salario base (lordo, compreso il rincaro)				
	Indennità per figli / famiglia				
	Indennità vacanze/giorni festivi (% o CHF)				
	Altra indennità -genere				
<b>10. Prestazioni di assicurazioni sociali</b>	L'assicurato (a) ha già diritto a indennità giornaliere o rendite da un'assicurazione sociale: Cassa malati, Assicurazione LAINF, invalidità, vecchiaia e superstiti, Assicurazione militare, Cassa disoccupazione?		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì quali		
In caso di invio elettronico, la Vaudoise Assicurazioni rinuncia alle firme manoscritte					
<b>Luogo e data:</b>		<b>Cognome del firmatario :</b>		<b>Timbro e firma dello stipulante dell'assicurazione</b>	