

Notifica d'infornio dentario

Persona assicurata: _____

Data di nascita: _____

Domicilio: _____

Numero cliente: _____

Informazioni complementari della persona lesa

Come possiamo raggiungerla (rispettivamente il rappresentante legale) per altre informazioni durante il giorno, telefonicamente o per email?

Numero di telefono:

Indirizzo email:

Al momento dell'infornio aveva un'attività lucrativa?

Sì

Orario di lavoro (ore settimanali):

Nome dell'assicurazione infornio:

Numero di polizza:

- No
- Indipendente
- Dipendente
- Apprendista
- Praticante
- Ragazzo/Ragazza/Studente
- Pensionato/Pensionata

Al momento dell'infornio percepiva un'indennità di disoccupazione?

Sì

No

Descrizione dell'infortunio:

Quando è accaduto l'infortunio? (Data):

Luogo dell'infortunio:

Descrizione precisa della causa e del luogo dell'infortunio:

Quali lesioni ha subito?

Sono coinvolte nell'infortunio altre persone?

Sì

Nome/Indirizzo/Assicurazione responsabilità civile:

Testimoni :

In caso di responsabilità di terzi faremo valere il nostro diritto di regresso nei confronti delle persone responsabili. Per i costi non coperti (incl. aliquota percentuale e franchigia) può citare in giudizio le persone responsabili o la loro assicurazione di responsabilità civile.

Quando ha consultato il dentista per la prima volta in relazione all'infortunio?

Data:

Indirizzo esatto del dentista

Nome e cognome, indirizzo

Ha subito altre lesioni?

Sì

Quali?

No

Si è recato da un medico per trattarle?

Sì

Nome e cognome, indirizzo del medico:

No

Infortunio occorso mangiando?

È stato un alimento a causare l'infortunio?

Sì

Quale? Descrizione precisa dell'alimento o dell'oggetto masticato:

No

Ha delle prove?

Sì

Dove si trovano? La preghiamo di allegare il mezzo/documento probatorio dell'infortunio causato dalla masticazione alimentare.

No

Lei o una terza persona avete notificato l'accaduto al punto vendita o al ristorante?

Sì

Dove e quando?

No

E' assicurato contro gli infortuni presso un'altra compagnia?

Sì

Nome della compagnia:

Numero polizza:

No

Luogo e data

Firma