

Formulario annuncio sinistro INFORTUNIO (LAINF) - PGM

Informazioni sul nostro cliente:

Azienda:	Persona di contatto:
Indirizzo completo:	
CAP e località:	Compagnia:
Telefono:	Nr. Polizza:
E-mail:	

Informazioni sull'infortunato/malato:

Nome:	Data di nascita:
Cognome:	Nr. AVS:
Indirizzo:	Telefono:
CAP e località:	E-mail:
Data d'impiego:	Attività esercitata:

Informazioni sul sinistro:

Tipo di sinistro:	<input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Malattia	Data e ora del sinistro:
Se infortunio:	<input type="checkbox"/> Profess. <input type="checkbox"/> Non Profess.	Altre specifiche: <input type="checkbox"/> Lesione denti <input type="checkbox"/> Ricaduta
Luogo del sinistro:		
Descriz. del sinistro:		

Inabilità al lavoro?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Percentuale d'inabilità:
Ultimo giorno lavorato (data completa e ora):		
Parte del corpo lesa:		Natura della lesione:

Informazioni sul medico curante/Ospedale:

1° medico/Ospedale consultato:
Indirizzo completo:
Event. medico curante successivo:
Indirizzo completo:

Informazioni sulla farmacia:

Nome e indirizzo completo:

Informazioni per l'indennizzo del salario:

Ore di lavoro settimanali:	Salario mensile:
Percentuale d'impiego:	Rifusione indennità: <input type="checkbox"/> Datore <input type="checkbox"/> Dipendente
Relazione: <input type="checkbox"/> Banca <input type="checkbox"/> Posta	IBAN:

Allegati:	<input type="checkbox"/> Certificato d'infortunio
	<input type="checkbox"/> Ricetta medica
	<input type="checkbox"/> Altri (specificare) _____

Eventuali osservazioni:

Luogo e data:

Firma e timbro del datore:

Firma del dipendente: