

1. CAUSATO DA VEICOLO

Il veicolo a motore o il natante è identificato? si no - E' coperto da assicurazione? si no
L'infortunato era pedone? si no

MEZZO RESPONSABILE

Tipo e numero di targa

Proprietario

cognome nome nato/a il
a residente in prov.
via n.

Conducente

cognome nome nato/a il
a residente in prov.
via n.

Compagnia assicuratrice Agenzia di
Numero polizza con scadenza il

SE L'INFORTUNATO ERA TRASPORTATO , INDICARE I SEGUENTI DATI DEL VEICOLO SU CUI SI TROVAVA

Tipo veicolo numero di targa

Proprietario

cognome nome nato/a il
a residente in prov.
via n.

Conducente

cognome nome nato/a il
a residente in prov.
via n.

Compagnia assicuratrice Agenzia di
Numero polizza con scadenza il

2. PERCOSSE, RISSA, AGGRESSIONE o ALTRO

Presunto responsabile: cognome nome
nato/a il a residente in prov.
via n.

QUADRO B da compilare in caso di infortunio in "itinere"

L'infortunio è avvenuto mentre si recava o rientrava a casa dal lavoro e il tratto di strada rientra nel percorso casa/azienda di lavoro e viceversa?

si no

E' stato denunciato all'INAIL?

si no

Si è verificato in occasione di servizio esterno?

si no

Il servizio esterno era autorizzato?

si no

L'INAIL ha riconosciuto l'infortunio "in itinere"?

si no

Se non lo ha riconosciuto, è in corso contenzioso amministrativo o giudiziario?

si no

SUB 2) MALATTIA PROFESSIONALE

Primi sintomi della malattia

insorti il

La malattia ha determinato astensione dal lavoro? si no - Se si, in che data?

Accertamenti e cure effettuate

A quale lavorazione era adibito l'assicurato precedentemente alla manifestazione della malattia?

Da quanto tempo?

In quale Sede INAIL è aperta la pratica?

DOCUMENTI ALLEGATI (in copia semplice)

Rapporto della Polizia, dei Carabinieri o dei Vigili intervenuti

Constatazione amichevole, C.I.D., O denuncia presentata all'Assicurazione

Denuncia o querela fatta a Polizia, Carabinieri o Vigili

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza l'INPS al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili per le finalità strettamente connesse all'esercizio dell'azione di surroga previsto dall'art. 1916 del Codice Civile e dell'art. 28 ultimo comma della legge 24.12.1969 n. 990.

Data

Firma

Firma dell'assicurato.....

RISERVATO ALL'INPS

Osservazioni del Dirigente Medico di Sede

.....
.....
.....

Giudizio medico-legale:

.....

Data

Firma del Dirigente Medico

Osservazioni dell' UdP

.....
.....
.....

Data

Firma