



Nr. Dok. \_\_\_\_\_

N° Arch. \_\_\_\_\_

## Erklärung des Versicherten (AS1TBC) - 1/3

(auszufüllen, falls die TBC-Krankheit durch einen Arbeitsunfall oder durch Dritte verursacht wurde)

An den Sitz des NISF \_\_\_\_\_

Sanitätsamt \_\_\_\_\_

Str. \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

<input type="text"/>	FAMILIENNAME	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NAME	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	STEUERNUMMER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	GEB. AM	TT/MM/JJJJ <input type="text"/>	
<input type="text"/>	IN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	STAAT	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	STAATSANGEHÖRIGKEIT	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	ANSÄSSIG IN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	STAAT	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	ANSCHRIFT	<input type="text"/>			PLZ	<input type="text"/>
<input type="text"/>	TELEFON	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MOBILTELEFON	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	E-MAIL-ADRESSE	<input type="text"/>				

angestellt bei der Firma (am Unfalltag) \_\_\_\_\_

Betriebsmatrikel \_\_\_\_\_ Einstufung \_\_\_\_\_ Vertragsart \_\_\_\_\_

mit Sitz in Str. \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

Arbeitszeit \_\_\_\_\_

### FELD A - Arbeitsunfall

*Das entsprechende Kästchen ankreuzen*

Ausführliche Beschreibung der gewöhnlich verrichteten Arbeitsaufgaben und des diesbezüglichen Arbeitsumfeldes

-----  
-----

- ich vermute eine mögliche Haftung des Arbeitgebers in Bezug auf die Hygiene- und Vorsorgemaßnahmen
- ich habe mich regelmäßiger Visiten bzw. Vorsorgeuntersuchungen unterzogen (*wenn nicht, den Grund angeben*)

-----

- ich leide an zuvor eingetretene Krankheiten
- ich beziehe eine INAIL-Leibrente aufgrund der TBC-Erkrankung
- ich bin bereits zuvor wegen TBC vom Arbeitsunfallinstitut INAIL betreut worden
- ich bin Zivilinvalide (*den Prozentsatz angeben*) \_\_\_\_\_% wegen TBC-Erkrankung
- ich beziehe das NISF-Invalidengeld

Anmerkungen

-----  
-----



## Erklärung des Versicherten (AS1TBC) - 2/3

(auszufüllen, falls die TBC-Krankheit durch einen Arbeitsunfall oder durch Dritte verursacht wurde)

Unfall ereignet in \_\_\_\_\_ am (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

- während eines Außendienstes
- der Außendienst wurde ermächtigt
- der Unfall ist dem Arbeitsunfallinstitut INAIL \_\_\_\_\_ am (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ gemeldet worden
- laufendes Verwaltungsstreitverfahren bzw. gerichtliches Verfahren zwecks Anerkennung

Der Verletzte hat den Arbeitsplatz am (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ verlassen.

Beschreibung der Umstände

-----  
-----  
-----

Vermutlicher Verantwortlicher bei einem Angriff (Nachname, Name und Wohnadresse)

-----  
-----

- Der Arbeitgeber war anwesend

Daten allfälliger Zeugen angeben

-----  
-----

Erste Hilfe leistende Person

-----  
-----

Sanitätsbehörde, die den Betroffenen betreut hat \_\_\_\_\_

am (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

-----  
-----

Prognose \_\_\_\_\_

-----  
-----

ermittelnde Behörde; Sitz angeben (Carabinieri, Straßen-, Gemeindepolizei, Sanitätseinheit, Arbeitsinspektorat, usw.)

-----  
-----

INAIL-Amtsstelle, in dem diese Akte eröffnet worden ist \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



## Erklärung des Versicherten (AS1TBC) - 3/3

(auszufüllen, falls die TBC-Krankheit durch einen Arbeitsunfall oder durch Dritte verursacht wurde)

- **FELD B - Unfall, der auf ein Vergehen Dritter zurückzuführen ist - Angaben zum vermutlich Verantwortlichen bei z.B.: Berufsvergehen, Straftaten gegen Personen (Körperverletzung, Schlägerei, Überfall), Fahrlässigkeit usw.;**

Der Vorfall ereignete sich \_\_\_\_\_ am (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Firmenbezeichnung \_\_\_\_\_

Str./Platz \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

- **Allgemeine Informationen**

Beschreibung der Umstände

-----  
-----  
-----

(Daten allfälliger Zeugen angeben) \_\_\_\_\_

Behörde, die eingegriffen hat (Carabinieri, Straßen-, Gemeindepolizei, Sanitätseinheit, Arbeitsinspektorat, usw.) \_\_\_\_\_

- Ich habe den Unfall meiner Versicherung gemeldet
- Ich habe eine Schadenersatzklage beim nachstehend genannten Gericht eingereicht:

-----

Freiberufler (Rechtsanwalt o.ä.), der mit der Einforderung der geschuldeten Schadensersatzbeträge beauftragt wurde

Familienname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Str./Platz \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

- es wurde Schadensersatz geleistet - Betrag \_\_\_\_\_
- ich denke, es handelt sich um eine strafbare Handlung
- ein laufendes Strafverfahren ist anhängig
- ich habe Strafantrag gestellt (ich lege eine Kopie bei bzw. verpflichte mich, sie der NISF-Stelle innerhalb von 15 Tagen zuzusenden)
- ich bin als Privatkläger beigetreten bzw. beabsichtige dies zu tun

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Hinweise zum Datenschutz

(Art. 13 des GvD Nr. 196 vom 30. Juni 2003, "Datenschutzkodex")

Rechtsinhaber der Datenverarbeitung ist das NISF/INPS, mit Sitz in Rom, via Ciro il Grande Nr. 21, das Sie darüber informiert, dass alle Sie betreffenden Daten, einschließlich sensibler und gerichtlicher Art, die mit diesem Formblatt erhoben werden, gemäß der im Datenschutzkodex (nachfolgend „Kodex“ genannt), in anderen Gesetzen und Reglements vorgesehenen Bedingungen und Grenzen behandelt werden, und zwar zwecks Bearbeitung der Anträge sowie zur eventuellen Abwicklung damit verbundener institutioneller Aufgaben. Die Daten werden, auch mit Hilfe elektronischer Instrumente, von eigens hierfür beauftragten und ausgebildeten Bediensteten des Institutes nach Verfahren, die strikt auf die Zielsetzungen der Datenerhebung ausgerichtet sind, verarbeitet. Ihre persönlichen Daten können anderen öffentlichen Verwaltungen oder privaten Subjekten nur nach den im Kodex vorgesehenen Bedingungen weitergeleitet und nur in Ausnahmefällen anderen Subjekten, die im Auftrag des NISF/INPS und als vom NISF/INPS ernannte Verantwortliche handeln, mitgeteilt werden. Es ist Pflicht, die nicht mit einem Sternchen versehenen Daten anzugeben, denn deren Unterlassung könnte die Durchführung der Sie betreffenden Verfahren verhindern oder verlangsamen. Abschließend teilt Ihnen das NISF/INPS mit, dass Sie Ihre Rechte gemäß Art. 7 des Kodex, direkt beim Direktor der ortsmäßig für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags zuständigen Stelle geltend machen können; bei Außenstellen muss der Antrag - auch über die Außenstelle - dem Landesdirektor übermittelt werden.