

# Notifica d'infortunio



- Voglia compilare questo formulario come persona assicurata risp. come suo rappresentante legale. Solo così potremo verificare il nostro obbligo di assunzione delle prestazioni.
- Per i bambini sotto i 15 anni, non è necessario rispondere alle domande 1.2, 1.3, 1.5 e 3.6.
- La preghiamo di ritornarci il formulario anche se non si è verificato alcun infortunio. Lo annoti nel campo «Osservazioni».
- Ha delle domande? Il nostro Centro servizi clienti (0844 277 277) sarà lieto di esserle d'aiuto. Molte grazie.



In alternativa può notificarci l'infortunio anche online su [css.ch/infortunio](https://css.ch/infortunio)

Numero cliente

## 1 Informazioni generali

1.1	Nome	Cognome	Data di nascita	Via, numero civico
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NPA/Località	E-mail	Telefono	Reperibile alle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.2 Presso quale datore di lavoro era impiegata/o al momento dell'infortunio?

Nome del datore di lavoro	Via, numero civico	NPA/Località	Numero ore alla settimana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.3 Sa qual è l'assicurazione infortuni del suo datore di lavoro?

<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Nome dell'assicurazione	Numero del sinistro
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.4 Se lei non si trovava in un rapporto di lavoro: qual'è il motivo?

<input type="checkbox"/> Indipendente	<input type="checkbox"/> Casalinga/o	<input type="checkbox"/> Pensionata/o	<input type="checkbox"/> Non esercitante attività lucrativa	<input type="checkbox"/> Bambino
Il suo ultimo impiego?	Dal <input type="text"/>	al <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non sono mai stata/o impiegata/o presso un datore di lavoro	
Nome del datore di lavoro	Via, numero civico	NPA/Località		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

### 1.5 Percepisce o percepiva un'indennità di disoccupazione?

<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dal <input type="text"/>	al <input type="text"/>
---	--------------------------	-------------------------

## 2 Dinamica dell'infortunio

### 2.1 Quando, dove e come è accaduto l'infortunio?

Data	Ora		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Luogo dell'infortunio	Paese		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
L' infortunio si è verificato	<input type="checkbox"/> sul lavoro	<input type="checkbox"/> durante il tragitto per recarsi al lavoro	<input type="checkbox"/> nel tempo libero
Voglia descrivere la dinamica dell'infortunio (attività, condizioni climatiche, persone coinvolte, veicoli, animali, macchine ecc.)			
<input type="text"/>			

### 2.2 È stato redatto un rapporto di polizia?

<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Da quale ufficio?
	<input type="text"/>

### 2.3 Nell'infortunio è stata coinvolta una terza persona?

Sì  No

Nome/Cognome

Telefono

Via, numero civico

NPA/Località

Nome dell'assicurazione di responsabilità civile della terza persona

Numero di polizza/Numero del sinistro

Assicurazione di responsabilità civile della terza persona sconosciuta

La terza persona non ha un'assicurazione di responsabilità civile

### 2.4 Questa terza persona ha causato l'infortunio?

Sì  No

### 2.5 Ci sono dei testimoni dell'infortunio?

Sì  No

Nome/Cognome

Telefono

Via, numero civico

NPA/Località

## 3 Lesioni

### 3.1 Quale lesione ha riportato?

Tipo di lesione

Parte del corpo

lato destro  lato sinistro

### 3.2 I disturbi sono subentrati subito dopo l'accaduto?

Sì  No

### 3.3 Il dolore, risp. la lesione è stato/a generato/a da un movimento incontrollato o brusco?

Sì  No

Osservazioni

### 3.4 Chi le ha prestato le prime cure (medico/ospedale/dentista)?

Nome

NPA/Località

### 3.5 Il trattamento è stato proseguito da un'altra persona?

Sì  No

Nome

NPA/Località

### 3.6 A causa della lesione è stata/o oppure è inabile al lavoro?

Sì  No

Grado dell'inabilità lavorativa  %

Dal  al

## 4 Altre assicurazioni

### 4.1 Ha altre assicurazioni contro l'infortunio?

Sì  No

Assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni

Libretto ETI TCS

Nome Agenzia

Numero di polizza

Nome dell'assicurazione

In caso affermativo, voglia allegare una copia della sua polizza.

Voglia tener presente che si deve rispondere alle seguenti domande *solo in caso di incidenti stradali*.

## 5 Veicoli coinvolti

### 5.1 Quali veicoli sono stati coinvolti nell'incidente?

Il suo veicolo	<input type="checkbox"/> Bicicletta	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automobile	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>
Veicolo della terza persona	<input type="checkbox"/> Bicicletta	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automobile	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>

### 5.2 A chi appartiene il veicolo (detentore/proprietario)?

Il suo veicolo	Nome/Cognome	NPA/Località	Targa / Marca
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veicolo della terza persona	Nome/Cognome	NPA/Località	Targa / Marca
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 5.3 Chi guidava il veicolo al momento dell'incidente (guidatore)?

Il detentore/proprietario era anche guidatore

Nome/Cognome	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 5.4 Qual è la sua assicurazione di responsabilità civile risp. quella della terza persona?

Il suo veicolo	<input type="checkbox"/> Non mi è nota	Nome dell'assicurazione	Numero di polizza
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veicolo della terza persona	<input type="checkbox"/> Non mi è nota	Nome dell'assicurazione	Numero di polizza
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 5.5 Qual è la sua assicurazione per passeggeri risp. quella della terza persona?

Il suo veicolo	<input type="checkbox"/> Non mi è nota	Nome dell'assicurazione	Numero di polizza
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veicolo della terza persona	<input type="checkbox"/> Non mi è nota	Nome dell'assicurazione	Numero di polizza
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 6 Osservazioni

Voglia confermare i dati con la sua firma. La ringraziamo per la sua collaborazione.

La persona sottoscritta dichiara di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande di questo formulario.

La persona sottoscritta cede alla CSS Assicurazione il suo eventuale diritto derivante dall'assicurazione di responsabilità civile in relazione all'infortunio suddetto sino a concorrenza delle prestazioni erogate e prende atto che la CSS Assicurazione può far valere i suoi diritti nei confronti di terzi. Mediante la firma sulla notifica d'infortunio, si autorizza la CSS a fornire o a richiedere in qualsiasi momento presso medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali o privati, datori di lavoro e autorità preposte oppure presso i loro medici della società o di fiducia le informazioni necessarie per la valutazione della protezione assicurativa, l'evasione del sinistro ed eventuali richieste di regresso, in osservanza delle disposizioni legali sulla protezione dei dati. A tale scopo la persona sottoscritta esonera tali istanze dal loro obbligo di mantenere il segreto legale e autorizza la comunicazione dei dati da parte della CSS a queste istanze. Tali consensi ed esoneri si applicano a tempo indeterminato e possono essere revocati in qualsiasi momento [mediante dichiarazione in forma scritta (p. es. e-mail) alla CSS]. Una revoca ha effetto solo per il futuro e può determinare che non vengano erogate prestazioni. La CSS può continuare a trattare dati personali anche in caso di revoca, nella misura in cui il trattamento sia consentito dalla legge o un interesse preponderante lo esiga.

Informazioni ulteriori in merito al trattamento dei suoi dati personali da parte della CSS sono riportate sulla nostra homepage [css.ch/protezionedeidati](http://css.ch/protezionedeidati)

Soggetto di diritto per l'assicurazione di base (LAMal): CSS Assicurazione malattie SA

Soggetto di diritto per le assicurazioni secondo la LCA: CSS Assicurazione SA

Località	Data	Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Firma dell'assicuratore:**

CSS, Tribschenstrasse 21, casella postale 2550, 6002 Lucerna