

Assicurazione per decesso o invalidità a seguito di infortunio

Notifica per prestazioni in capitale



Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata o dal suo rappresentante legale. Può anche stampare il documento sulla nostra homepage in Internet www.css.ch/adi (notifica per capitale a seguito di infortunio) e compilarlo. La preghiamo di inviarci il formulario il più rapidamente possibile all'indirizzo riportato nell'ultima pagina del formulario.

Per la notifica di un caso di decesso voglia ignorare i punti 3.1 e 3.2.

Per i bambini sotto i 15 anni, non è necessario rispondere alle domande 3.1 e 3.2.

Ha delle domande? Il nostro Contact Center (0844 277 277) sarà lieto di esserle d'aiuto. Grazie.

Numero cliente

Invalidità

Decesso

1 Informazioni di carattere generale

1.1 Generalità della persona assicurata

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

1.2 Generalità della persona che effettua la notifica

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

2 Dinamica dell'infortunio

2.1 Quando, dove e come si è verificato l'infortunio?

Data	Ora
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo dell'infortunio	Paese
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Voglia descrivere la dinamica dell'infortunio (attività, condizioni climatiche, persone coinvolte, veicoli, animali, macchine, ecc.)

2.2 È stato redatto un rapporto della polizia?

Sì No

In caso affermativo, da quale posto di polizia?

3 Assicurazioni

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

Nome datore di lavoro	Via, n. civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Località	Numero ore settimanali
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Sì No

In caso affermativo, nome assicurazione?

Nome assicurazione

N. sinistro

--	--

4 Lesioni

4.1 Quali lesioni si è procurata/o?

Natura della lesione

--

Parte del corpo lesa

--

Destra Sinistra

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

Nome

NPA/Località

--	--

4.3 Ha anche altre assicurazioni contro gli infortuni?

Sì No

In caso affermativo, voglia allegare una copia della polizza.

Nome dell'assicurazione

Nome agenzia

Numero della polizza

--	--	--

5 Osservazioni

--

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

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

La sottoscritta/Il sottoscritto cede alla CSS Assicurazione il suo eventuale diritto risultante dall'assicurazione di responsabilità civile che deriva dall'infortunio summenzionato, sino a concorrenza dell'entità delle prestazioni da essa erogate e prende atto che la CSS Assicurazione può far valere i suoi diritti nei confronti di terzi. Firmando la notifica d'infortunio si consente alla CSS di fornire o richiedere in qualsiasi momento a medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali e privati e autorità preposte risp. i loro medici della società o di fiducia, in osservanza delle disposizioni legali concernenti la protezione dei dati, le informazioni necessarie alla valutazione della protezione assicurativa. In questi casi, le istanze coinvolte sono esonerate nei confronti della CSS Assicurazione dal loro obbligo al segreto professionale.

La sottoscritta/Il sottoscritto ha il diritto di richiedere informazioni sull'elaborazione dei dati che la riguardano.

L'autorizzazione all'elaborazione dei dati può essere revocata in qualsiasi momento.

*Soggetti di diritto per l'assicurazione di base (LAMal): CSS Assicurazione malattie SA, INTRAS Assicurazione malattie SA o Arcosana SA

*Soggetti di diritto per le assicurazioni complementari (LCA): CSS Assicurazione SA o INTRAS Assicurazione SA

Il suo soggetto di diritto per l'assicurazione di base (LAMal) e le assicurazioni complementari (LCA) è riportato sulla sua polizza di assicurazione.

Località

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

--	--	--

Inviare a:
CSS Assicurazione
Centro di competenze Assicurazioni speciali
Casella postale 2568
6002 Lucerna