

# Notifica di un caso

## Protezione giuridica pazienti o estero

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata o dal suo rappresentante legale. Si prega di compilarlo in maniera completa e di trasmetterlo il più rapidamente possibile all'indirizzo riportato all'ultima pagina del formulario. Senza le sue indicazioni non possiamo esaminare il suo diritto a prestazioni. Tante grazie per la collaborazione.

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

Numero cliente

### 1 Informazioni generali

#### 1.1 Persona assicurata

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### 1.2 Contatto

Telefono privato	Mobile	Telefono ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quando è possibile contattarla?	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dove?	<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/> Mobile
	<input type="checkbox"/> Ufficio	
Persona di contatto in caso di domande		
<input type="text"/>		

#### 1.3 Indicazioni relative alla copertura assicurativa (viene compilato dalla CSS)

##### CSS Assicurazione SA:

- Assicurazione ambulatoriale myFlex incl. Assicurazione di protezione giuridica dei pazienti (Orion PGP Polizza n° 1.248.851)
- Assicurazione ambulatoriale myFlex incl. Assicurazione di protezione giuridica all'estero (Orion PGE Polizza n° 1.248.852)
- Assicurazione di protezione giuridica dei pazienti (Orion Polizza n° 1.262.223)
- Assicurazione di protezione giuridica all'estero nel quadro dell'Assicurazione viaggi (Orion Polizza n° 1.262.224)
- Protezione giuridica dei pazienti ex. INTRAS (Orion Polizza n° 1.245.965)
- Assicurazione ambulatoriale incl. Assicurazione di protezione giuridica del paziente ex. Sanagate (Orion PGP Polizza n° 1.262.225)
- Assicurazione ambulatoriale incl. Assicurazione di protezione giuridica all'estero ex. Sanagate (Orion PGE Polizza n° 1.262.226)

#### 1.4 Indicazioni relative al sinistro

Se si tratta di un sinistro che riguarda l'Assicurazione di protezione giuridica dei pazienti, si prega di compilare le cifre 2, 4, 5 e 6.

Se si tratta di un sinistro che riguarda l'Assicurazione di protezione giuridica all'estero, si prega di compilare le cifre 3, 4, 5 e 6.

### 2 Protezione giuridica dei pazienti

#### 2.1 Indicazioni concernenti i fornitori di prestazioni

Dov'è stata/o curata/o?  Ospedale  Studio medico  Altrove

Nome e indirizzo del fornitore di prestazioni (ospedale, medico, ecc.)

Nome	Cognome	Numero di telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Via/N°	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome dello specialista che secondo lei ha compiuto l'errore nel trattamento/l'errore medico:

Nome	Cognome	Numero di telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Via/N°	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2.2 Indicazioni concernenti il sinistro

Quando si è verificato l'errore nel trattamento/l'errore medico?

Data

Secondo lei, in cosa consiste l'errore nel trattamento/l'errore medico?

Descrizione precisa

Di quali disturbi soffre dal momento di questo trattamento?

Descrizione precisa

Sussiste un'inabilità al lavoro?  Sì  No

## 3 Protezione giuridica all'estero

### 3.1 Di cosa si tratta?

3.1.1 Quando si è prodotto l'evento?

Data

3.1.2 Dove si è prodotto l'evento?

Luogo, paese

3.1.3 Come si è prodotto l'evento? (Pregasi dare una descrizione precisa e particolareggiata, eventualmente con schizzi e fotografie.)

(Utilizzare un'altra pagina se necessario.)

3.1.4 Con cosa non si dichiara d'accordo e cosa desidera ottenere?

3.1.5 Contro chi desidera protezione giuridica?

**3.2 Descrizione del danno subito**

3.2.1 Ci sono stati feriti?

Sì  No

Nome

Cognome

Se sì: chi?

Genere delle ferite

Medico curante/ospedale

Assicurazione infortuni INSAI

Sì  No

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza

Altra assicurazione infortuni

Nome della cassa malattia

N° polizza

Cassa malattia

3.2.2 Ci sono stati dei danni materiali?

Sì  No

Se sì: genere dei danni?

Descrizione precisa

Importo approssimativo dei danni

CHF

Quando e dove può essere esaminato l'oggetto danneggiato?

Descrizione precisa

Vostre assicurazioni obbligate eventualmente al risarcimento:

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza

### 3.3 Incidente di circolazione o violazione delle regole in materia di circolazione

#### 3.3.1 Indicazioni sul veicolo da lei utilizzato:

Nome del detentore

Cognome del detentore

Via/N°

NPA/Località

N° della targa

Nome, indirizzo dell'assicurazione responsabilità civile del veicolo utilizzato

#### 3.3.2 Nel caso il suo veicolo sia stato danneggiato:

Esiste un'assicurazione casco?

Casco totale

Casco parziale

No

Se sì:

Nome, indirizzo dell'assicurazione casco

È stato già annunciato il sinistro?

Sì

N° sinistro

No

È stato già riparato il suo veicolo?

Sì (allegare fattura)

No

È stata ordinata una perizia?

Sì

No

Sì, tramite:

Nome, indirizzo

#### 3.3.3 Conducente del veicolo: (Da compilare soltanto se non identico allo stipulante d'assicurazione o detentore)

Nome

Cognome

Via/N°

NPA/Località

Telefono privato

Mobile

Telefono ufficio

E-mail

3.3.4 Il conducente del suo veicolo era in possesso, al momento dell'evento, di una licenza di condurre valida?  Sì  No

3.3.5 È stato allestito un protocollo ufficiale dell'incidente?  Sì  No

Se sì: da chi?

Polizia

Conducenti implicati

Altri

#### 4 Pezze giustificative e mezzi di prova

- Contratti, corrispondenza relativa al sinistro
- Data della notificazione della decisione
- Decisioni emesse dalle autorità
- Eventuali contestazioni già inviate
- Protocollo dell'incidente
- Rapporto polizia
- Certificato medico (in caso d'inabilità al lavoro)
- Fatture mediche e ospedaliere
- Foto
- Fatture di riparazione, quietanze altri pezzi giustificativi al danno subito
- Copie delle dichiarazioni di sinistri ad altre assicurazioni (p. e. responsabilità civile o casco completo)
- Testimoni

Nome, indirizzo

Altro/allegati

#### 5 Informazioni supplementari

Lei risp. la persona assicurata ha ulteriori assicurazioni di protezione giuridica?

Sì  No

Nome della compagnia d'assicurazione

N° polizza

Nome della compagnia d'assicurazione

N° polizza

#### 6 Firma per autorizzazione

La Orion Assicurazione di protezione giuridica SA, la CSS Assicurazione malattie SA, la CSS Assicurazione SA e l'Arcosana SA trattano i dati forniti dalla persona firmataria e ottenuti da terzi con il suo consenso, nella misura necessaria al disbrigo dei sinistri. La persona firmataria autorizza gli assicuratori summenzionati alla consultazione e all'eventuale scambio reciproco degli atti riguardanti il presente caso giuridico, necessari allo scopo dell'evasione delle pratiche contrattuali tra gli assicuratori menzionati, nonché a provvedere a tutte le azioni giuridiche che appaiono utili e necessarie. La persona firmataria esonera inoltre avvocati, medici e medici di fiducia degli assicuratori summenzionati dal loro segreto professionale in relazione al caso notificato.

Si applica altresì la dichiarazione sulla protezione dei dati della CSS Assicurazione SA su [css.ch](http://css.ch)

Località

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

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