



CSS

Assicurazione

Notifica di sinistro

Assicurazione per viaggi e vacanze per costi di guarigione e assistenza alle persone

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata, rispettivamente dal suo rappresentante legale. Si dovrà dare una risposta completa a tutte le domande che riguardano il caso in questione, e il formulario firmato dovrà poi essere quanto prima inviato all'indirizzomenzionato alla fine del documento. Nel caso vi siano domande, la Serviceline della CSS, al n° di telefono 0844 277 277 sarà lieta di poter essere d'aiuto. Molte grazie.

N° di polizza

1 Sinistro

Costi di guarigione

Assistenza alle persone

2 Informazioni generali

2.1 Persona assicurata

Nome

Cognome

Data di nascita

Via/N°

NPA/Località

2.2 Contatto

Telefono privato

Mobile

Telefono ufficio

Quando è possibile contattarla?

Dove?

Privato

Mobile

Ufficio

E-Mail

Persona di contatto in caso di domande

2.3 Datore di lavoro

Nome del datore di lavoro

Via/N°

NPA/Località

3 Dinamica del sinistro

3.1 Sinistro

Data

Orario

Luogo

Paese

3.2 Persona danneggiata

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

3.3 Descrizione esatta dell'evento (utilizzi, se necessario, un foglio supplementare)

3.4 La Centrale d'emergenza della CSS è stata fatta intervenire risp. informata? Sì No

3.5 È stata fatta intervenire risp. informata un'altra organizzazione di salvataggio? Sì No

In caso affermativo, quale organizzazione di salvataggio?

Nome dell'organizzazione di salvataggio

4 Costi di guarigione/Assistenza alle persone

4.1 Si tratta di

Malattia Infortunio, prego compilare la dichiarazione d'infortunio allegata

4.2 Quale trattamento è stato eseguito all'estero tramite il dottore o l'ospedale?

4.3 Durata del trattamento

Trattamento ambulatoriale

Trattamento stazionario

Data		Data	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
		dal	<input type="text"/>
		al	<input type="text"/>

4.4 Costi del trattamento

CHF Valuta estera, quale

Trattamento ambulatoriale

Trattamento stazionario

	CHF	Valuta estera		CHF	Valuta estera
Costi del medico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Costi dell'ospedale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicamenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Medicamenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Totale	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.5 Primo medico/ospedale intervenuto all'estero risp. in Svizzera

Nome	Cognome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ospedale	Via/N°
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Località	Paese
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.6 Ulteriore trattamento a cura del medico/ospedale all'estero o in Svizzera

Nome	Cognome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ospedale	Via/N°
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Località	Paese
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.7 Lei è stato già in trattamento medico in Svizzera a causa di quest'affezione? Sì No

In caso affermativo, quando e presso chi?

Data

dal al

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

4.8 Presso quale assicurazione obbligatoria è assicurato/a per malattia e/o infortunio?

Cliente CSS Sì No Se no, compili i seguenti punti

Nome della compagnia di assicurazioni	Numero di polizza (voglia allegare copia della polizza)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.9 Lei è assicurato anche altrove? (malattia/infortunio/costi per trasporto/libretto ETI ecc) Sì No

In caso affermativo, presso quale compagnia di assicurazioni?

Nome della compagnia di assicurazioni	Numero di polizza (voglia allegare copia della polizza)	Copertura assicurativa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Lei ha già notificato a tale assicurazione l'avvenimento? Sì No

4.10 Durata e motivo del soggiorno all'estero

Data

dal al

4.11 Osservazioni

5 Pagamento a

5.1 Nome e indirizzo del destinatario

Nome

Cognome

Via/N°

NPA/Località

5.2 Coordinate bancarie del destinatario

Conto postale

Numero del conto postale

Conto bancario

IBAN

Nome della banca

Osservazioni

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

Con la firma apposta sulla notifica d'infortunio, la CSS Assicurazione viene autorizzata a fornire informazioni, risp. a richiedere informazioni necessarie a valutare la copertura assicurativa a medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali e privati e autorità, risp. ai loro medici della società e ai loro medici di fiducia, tenendo presente le disposizioni giuridiche concernenti la protezione dei dati. Le istanze coinvolte sono in questi casi svincolate dal loro obbligo alla riservatezza e dal loro segreto professionale nei confronti della CSS Assicurazione.

La sottoscritta/Il sottoscritto ha il diritto di richiedere informazioni concernenti i dati che la/lo riguardano. L'autorizzazione all'elaborazione dei dati può essere revocata in qualsiasi momento.

Soggetto di diritto per l'assicurazione di base (LAMal): CSS Assicurazione Malattie SA, soggetto di diritto per le assicurazioni complementari (LCA): CSS Assicurazione SA

Luogo

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale