

Notifica d'infortunio

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) e assicurazioni complementari (LCA)

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata risp. dal suo rappresentante legale. Si può compilare il documento anche in Internet, sulla nostra homepage css.ch (termine per la ricerca «Notifica d'infortunio»).

La preghiamo di inviarci il formulario il più rapidamente possibile all'indirizzo riportato nell'ultima pagina del formulario. Senza i suoi dati, non potremo procedere al controllo del suo diritto alle prestazioni. La preghiamo di ritomarci il formulario anche se non dovesse essersi verificato alcun infortunio e di annotare tale circostanza nelle «Osservazioni» alla fine del formulario. Per i bambini sotto i 15 anni, non è necessario rispondere alle domande 1.2, 1.3, 1.5 e 3.6.

Ha delle domande? Il nostro Centro servizi clienti (0844 277 277) sarà lieta di esserle d'aiuto. Molte grazie.

Numero cliente

1 Informazioni generali

1.1 Nome Cognome Data di nascita Via, numero civico

NPA/Località E-mail Telefono Reperibile alle

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

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

Sì No

Nome dell'assicurazione Numero del sinistro

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

Independente* Casalinga/o* Pensionata/o* Non esercitante attività lucrativa* Bambino

*Il suo ultimo impiego? Dal al Non sono mai stata/o impiegata/o presso un datore di lavoro

Nome del datore di lavoro Via, numero civico NPA/Località

1.5 Percepisce o percepiva un'indennità di disoccupazione?

Sì No Dal al

2 Dinamica dell'infortunio

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

Data Ora

Luogo dell'infortunio Paese

L' infortunio si è verificato sul lavoro durante il tragitto per recarsi al lavoro nel tempo libero

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

2.2 È stato redatto un rapporto di polizia?

Sì No Da quale ufficio?

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.

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

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

Il detentore/proprietario era anche guidatore

Nome/Cognome NPA/Località

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

6 Osservazioni

Voglia confermare i dati con la sua firma. Molte grazie 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 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 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 le informazioni necessarie per la valutazione della protezione assicurativa, dell'evasione del sinistro e dell'esercizio di eventuali diritti di regresso 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, in osservanza delle disposizioni legali sulla protezione dei dati. Con la presente, la persona sottoscritta esonera queste istanze dal loro obbligo legale di mantenere il segreto e autorizza la comunicazione dei dati da parte della CSS a queste istanze. Questi consensi ed esoneri si applicano a tempo indeterminato. Essi possono essere revocati in qualsiasi momento [mediante dichiarazione in forma di testo (p. es. e-mail) alla CSS]. Una revoca ha effetto solo per il futuro e può far sì 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/protezionedei dati

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

*Soggetto di diritto per le assicurazioni complementari (LCA): CSS Assicurazione SA

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

Firma dell'assicuratore:

CSS, Tribschenstrasse 21, casella postale 2550, 6002 Lucerna