



CSS

Assicurazione

Notifica sinistro

Global Business Traveller e Trainees and Guests

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' indirizzo menzionato alla fine del documento. Molte grazie.

1 Prodotto/i

Global Business Traveller

- Costi di guarigione/assistenza di persone
 Assicurazione per decesso o invalidità da infortunio
 Assicurazione di protezione giuridica

- Bagaglio
 Costi d'annullamento

Trainees and Guests

- Costi di guarigione
 Assicurazione per decesso o invalidità da infortunio

2 Contraente l'assicurazione

2.1 Informazioni generali

Azienda Numero polizza

2.2 Persona di contatto

Cognome Nome Telefono

3 Persona assicurata

Cognome Nome Sesso Femminile Maschile Stato civile
Via, N° NPA/Località Data di nascita
Numeri di telefono
Privato Ufficio

4 Indicazioni relative al sinistro

Motivo del viaggio di lavoro
Data della partenza Data del rientro

5 Pagamento a

Contraente l'assicurazione (Datore di lavoro) Collaboratore/trice Altra/e persona/e

5.1 Nome e indirizzo del destinatario

Cognome Nome
Via, N° NPA/Località

5.2 Coordinate bancarie del destinatario

Conto postale

Numero del conto postale

Conto bancario

IBAN

Nome della banca

6 Costi di guarigione

6.1 Si tratta di

Malattia

Infortunio (si prega di compilare la notifica d'infortunio allegata)

6.2 Tipo di malattia risp. d'infortunio

Descrizione precisa

6.3 Quando e dove si è ammalato/a risp. infortunato/a?

Data

Orario

Luogo

Paese

6.4 Quali trattamenti sono stati eseguiti all'estero dal medico risp. dall'ospedale?

(Allegare il rapporto medico, per favore)

6.5 Primo trattamento medico

Cognome

Nome

Telefono

Ospedale

Via, N°

NPA/Località

6.6 Ulteriore trattamento medico

Cognome

Nome

Telefono

Ospedale

Via, N°

NPA/Località

6.6.1 Trattamento ambulatoriale (Per favore allegare ricevuta di pagamento – estratto carta di credito o altro)

Costi	Valuta estera	CHF
Dal <input type="text"/> al <input type="text"/>		
Medico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicamenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(solo su prescrizione medica)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totale	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.6.2 Trattamento stazionario (degenza) (Per favore allegare ricevuta di pagamento – estratto carta di credito o altro)

Costi	Valuta estera	CHF
Dal <input type="text"/> al <input type="text"/>		
Medico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicamenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(solo su prescrizione medica)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totale	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.7 Trattamento precedente

E' già stato in trattamento presso un medico in Svizzera per lo stesso disturbo?

 No Sì presso

Trattamento concluso in data

6.8 Ha già notificato il sinistro ad un'altra istituzione assicurativa?
 Sì No
7 Bagagli

7.1 Danno Furto/quando e dove si è accorto/a?

7.2 È stato redatto un rapporto di polizia?
 No Sì, presso quale posto di Polizia?
 (per favore, allegare una copia del rapporto)
7.3 Testimone/i

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

7.4 Deve si trovavano gli oggetti al momento del sinistro?

7.5 Se nell'automobile chiusa a chiave, nel portabagagli?

Sì No

7.6 Oggetti

Marca/tipo	Acquistato presso	Data d'acquisto	Valore sostitutivo/ costi di riparazione

Come da lista separata (allegata)

8 Costi d'annullamento

Motivo della mancata partenza: **Si prega di allegare l'originale della conferma di prenotazione con l'indicazione dei prezzi!**

9 Indicazioni aggiuntive (da compilare in ogni caso)

Quali altre assicurazioni ha il contraente risp. la persona danneggiata?

Devono essere inviati i documenti originali di ricevute d'acquisto, verbale di polizia, fatture per il viaggio, nonché certificato medico!

Ramo d'assicurazione	Compagnia / Agenzia	Numero polizza / Cliente
<input type="checkbox"/> Ass. per veicoli a motore (casco)		
<input type="checkbox"/> Protezione giuridica		
<input type="checkbox"/> Bagaglio		
<input type="checkbox"/> Spese d'annullamento		
<input type="checkbox"/> Mobilia domestica		
<input type="checkbox"/> Ass. Malattia (infortunio) secondo LAMal		
<input type="checkbox"/> Ass. Infortuni secondo LAINF (datore di lavoro)		

10 Firme

L'avente diritto risp. il suo rappresentante legale dichiara con la presente di aver risposto in maniera veritiera a tutte le domande. Egli autorizza la CSS a richiedere informazioni riguardanti il presente caso di prestazioni presso altri assicuratori, medici, posti di polizia e tribunali.

Luogo	Data	Firma della persona assicurata

Indirizzo dell'assicuratore:

CSS Assicurazione, Supporto Indennità Giornaliera Ticino (LUTT), Casella Postale 2550, 6002 Lucerna