

# Notifica d'infortunio

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



CSS

Assicurazione

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

La preghiamo di inviarmi il formulario in 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 Contact Center (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
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NPA/Località	E-mail	Telefono	Reperibile alle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Nome dell'assicurazione	Numero del sinistro
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> Indipendente*	<input type="checkbox"/> Casalinga/o*	<input type="checkbox"/> Pensionata/o*	<input type="checkbox"/> Non esercitante attività lucrativa*	<input type="checkbox"/> Bambino
*Il suo ultimo impiego?	Dal <input type="text"/>	al <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non sono mai stata/o impiegata/o presso un datore di lavoro	
Nome del datore di lavoro	Via, numero civico	NPA/Località		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

### 1.5 Percepisce o percepiva un'indennità di disoccupazione?

<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dal <input type="text"/>	al <input type="text"/>
---	--------------------------	-------------------------

### 2 Dinamica dell'infortunio

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

Data	Ora		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Luogo dell'infortunio	Paese		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
L' infortunio si è verificato	<input type="checkbox"/> sul lavoro	<input type="checkbox"/> durante il tragitto per recarsi al lavoro	<input type="checkbox"/> nel tempo libero
Voglia descrivere la dinamica dell'infortunio (attività, condizioni climatiche, persone coinvolte, veicoli, animali, macchine ecc.)			
<input type="text"/>			

#### 2.2 È stato redatto un rapporto di polizia?

<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Da quale ufficio?
	<input type="text"/>

### 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 l' dopo avvenimento?

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 <input type="text"/>	NPA/Località <input type="text"/>
--------------------------------------	--------------------------------------

### 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 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. Mediante la firma sulla notifica d'infortunio, si autorizza la CSS Assicurazione a fornire o a richiedere in qualsiasi momento le informazioni necessarie per la valutazione della protezione assicurativa e dell'evasione del sinistro presso medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali o privati e autorità preposte oppure presso i loro medici della società o di fiducia, in osservanza delle disposizioni legali sulla protezione dei dati. Le istanze coinvolte sono in questi casi esonerate nei confronti della CSS Assicurazione dal loro obbligo a mantenere il segreto e dal 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.

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

\*Soggetto 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 nella sua polizza di assicurazione.

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