

Rilevamento di malattie o infortuni durante un soggiorno all'estero

La invitiamo a rispondere in modo esaustivo alle seguenti domande e a rispedirci il formulario con tutti gli eventuali allegati **entro 30 giorni**: Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich

Persona assicurata

cognome, nome

data di nascita

n. di assicurato

telefono (maggiora raggiungibilità)

e-mail

Si prega di rispondere a tutte le domande (domande 5-15 solo in caso d'infortunio).

1. In che luogo (Paese) si è ammalato/a o infortunato/a?

2. Soggiorno

a. Motivo del soggiorno all'estero?

☐ ferie ☐ studio/scuola ☐ viaggio di lavoro ☐ lavoratore distaccato

☐ per il trattamento medico ☐ secondo domicilio

altri motivi:

b. Da quando si trova all'estero?

data del viaggio dal: al:

c. Ha annunciato la sua partenza per l'estero presso il suo Comune in Svizzera?

☐ no ☐ sì

3. Si tratta di una malattia improvvisa?

☐ no ☐ sì

tipo di malattia:

4. Si tratta di un infortunio?

☐ no ☐ sì

Dettagli dell'infortunio

5. Data dell'infortunio

6. Orario dell'infortunio

7. Dinamica dell'infortunio

8. Momento dell'infortunio

a. Al momento dell'infortunio era impiegato/a presso un datore di lavoro?

☐ impiegato/a ☐ apprendista ☐ indipendente

b. Se no, per quale motivo?

☐ senza attività lucrativa ☐ scolaro(a)/studente

☐ pensionato/a AVS/AI ☐ stagista

9. Percepisce o ha percepito un'indennità di disoccupazione?

☐ no ☐ sì

periodo dal: al:

10. Ore di lavoro settimanali

11. Ultimo datore di lavoro prima dell'infortunio

dal: al:

12. Erano coinvolte altre persone nell'infortunio?

☐ no ☐ sì

nome e indirizzo

13. È stato allestito un verbale di polizia o compilato un formulario infortuni europeo?

☐ no ☐ sì

Da quale ufficio o centrale di polizia ?

Persona assicurata

cognome, nome

n. di assicurato

Lesione**14. Parte del corpo lesionata****15. Tipo di lesione**☐ sinistra☐ destra**Ulteriori informazioni****16. Dettagli**

a. Periodo del trattamento

dal:

al:

b. Era incinta in quel periodo?

☐ no☐ sì

settimana di gestazione:

17. Pagamento

In quale valuta estera sono state pagate le fatture?

18. Ha contattato la nostra centrale per le chiamate d'emergenza?☐ no☐ sì**19. Era in cura prima del suo soggiorno all'estero?**☐ no☐ sì, perché?

presso chi?

per quanto tempo?

Assicurazione**20. Informazioni sull'assicurazione**

a. Ha stipulato un'assicurazione viaggi separatamente?

☐ no☐ sì, presso quale società?☐ incl. copertura dei costi di guarigione

b. Esiste un'altra assicurazione contro gli infortuni?

☐ no☐ sì

Genere di assicurazione

☐ assicurazione mediante accordo☐ assicurazione infortuni secondo LAINF☐ assicurazione infortuni privata

Nome dell'assicurazione

c. Copertura per costi di ricerca, di salvataggio o di rientro

☐ libretto ETI☐ carta di credito☐ Rega☐ altri, quali?**Autorizzazione**

Con la presente dichiaro di aver risposto alle domande sopra menzionate in modo completo e veritiero. Con l'invio del presente modulo, sollevo gli ospedali, i medici, il personale medico, le autorità, la centrale per le chiamate d'emergenza esterna, le rappresentanze svizzere all'estero, gli uffici ufficiali e le altre compagnie di assicurazione, inclusi gli assicuratori sociali, dall'obbligo legale, professionale e/o contrattuale di mantenere il segreto nei confronti di Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA e Helsana Infortuni SA, per quanto riguarda il controllo delle prestazioni e/o la frode. Autorizzo inoltre le suddette assicurazioni a comunicare a terzi le informazioni necessarie in relazione al trattamento o alle indagini in corso e a trasmettere i documenti determinanti per la richiesta di risarcimento alle assicurazioni di responsabilità civile interessate o ai terzi responsabili. A tal fine sollevo le suddette assicurazioni dall'obbligo legale e contrattuale di riservatezza. In caso di accertata frode intenzionale ci riserviamo il diritto di addebitare alla persona responsabile i costi sostenuti nell'ambito dell'indagine.

luogo e data

firma della persona assicurata
o del rappresentante legale