

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 (maggiore raggiungibilità)

E-mail

N. caso (ID)

Si prega di rispondere a tutte le domande (domande 5-16 solo in caso d'infortunio).

1 In che luogo (località e Paese) si è ammalato o infortunato?

2 a) Motivo del soggiorno all'estero

Ferie

Viaggio di lavoro

Per il trattamento medico

Altri motivi:

Studio/scuola

Lavoratore distaccato

Secondo domicilio

b) Da quando si trova all'estero?

Date 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 a) Al momento dell'infortunio era impiegato presso un datore di lavoro?

Impiegato

Apprendista

Indipendente

b) Se no, per quale motivo?

Senza attività lucrativa

Pensionato/a AVS/AI

Scolaro/studente

Stagista

9 Percepisce o ha percepito un'indennità di disoccupazione?

No

Sì, periodo dal

al

10 L'infortunio è avvenuto

sul tragitto dal/al posto di lavoro

sul lavoro

fuori dal lavoro/nel tempo libero

11 Ore di lavoro settimanali

12 Ultimo datore di lavoro prima dell'infortunio

Nome, indirizzo, CAP, luogo

dal

al

13 L'infortunio è stato causato da una terza persona?

No

Sì

Cognome, nome, indirizzo, CAP, luogo

14 È stato allestito un rapporto di polizia?

No

Sì

Da quale ufficio di polizia / nome del poliziotto?

Cognome, nome

Data di nascita

N. di assicurato

E-mail

N. caso (ID)

Lesione

15 Parte del corpo lesionata

16 Tipo di lesione

sinistra destra

Ulteriori informazioni

17 a) Periodo del trattamento

Dal

al

b) Era incinta in quel periodo?

No

Sì, settimana di gestazione:

18 a) In quale valuta estera sono state pagate le fatture?*

b) Qual era la conversione al momento del cambio di valuta? (Se disponibile, allegare una copia del cambio di valuta)

c) Costi del trattamento in franchi svizzeri?

CHF

19 Ha contattato la nostra centrale d'emergenza?

No

Sì

20 Era in cura prima del suo soggiorno all'estero?

No

Sì, perché?

Presso chi?

Per quanto tempo?

*Voglia p.f. allegare le fatture. In caso di fatture illeggibili o in lingua straniera la preghiamo di allegare un breve elenco sul contenuto e gli importi delle fatture nella relativa valuta estera. Per fare ciò utilizzi il formulario «Distinta delle fatture in caso di malattie e infortuni durante un soggiorno all'estero». In questo modo ci aiuta a evitare costi per traduzioni e ritardi nella liquidazione dei sinistri.

Assicurazione

21 a) Ha stipulato un'assicurazione vacanze e 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 privata

Assicurazione infortuni secondo LAINF

Nome dell'assicurazione

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

Libretto ETI

Carta di credito

REGA

Altri, quali?

Autorizzazione / firma

Con la presente confermo di aver risposto in modo completo e veritiero alle domande. Con la mia firma libero gli ospedali, i medici e il personale medico, le autorità, gli uffici amministrativi e le altre compagnie d'assicurazione dal loro obbligo del segreto legale e contrattuale nei confronti dell'assicuratore riportato nell'intestazione e di Helsana Assicurazioni integrative SA e li autorizzo a fornire le informazioni necessarie in relazione al trattamento. Inoltre autorizzo l'assicuratore riportato nell'intestazione e Helsana Assicurazioni integrative SA a consegnare i documenti necessari per la richiesta di regresso alle assicurazioni di responsabilità civile o alle persone terze responsabili coinvolte.

Luogo e data

Firma dell'assicurato / del rappresentante legale

X

