

Notifica del caso

Protezione giuridica del paziente o protezione giuridica all'estero

Preghiamo la persona assicurata o la sua/il suo rappresentante legale di compilare integralmente il formulario e di inviarlo all'indirizzo riportato all'ultima pagina. Solo così potremo verificare il suo diritto alle prestazioni.

Ha delle domande? Il nostro Centro servizi clienti 0844 277 277 sarà lieto di esserle d'aiuto. Grazie.

Numero cliente

1 Informazioni generali

1.1 Persona assicurata

Nome

Cognome

Data di nascita

Via, n° civico

NPA/località

1.2 Contatto

Telefono privato

Cellulare

Telefono ufficio

Quando è possibile contattarla?

Dove?

Privato

Natel

Ufficio

E-mail

Persona di contatto in caso di domande

1.3 Indicazioni sulla copertura assicurativa (viene compilato dalla CSS)

CSS Assicurazione SA:

- Assicurazione ambulatoriale myFlex e Assicurazione sanitaria Livo Top incl. Assicurazione di protezione giuridica del paziente (n° di polizza Orion PGP 1.248.851)
- Assicurazione ambulatoriale myFlex e Assicurazione sanitaria Livo Top incl. Assicurazione di protezione giuridica all'estero (n° di polizza Orion PGE 1.248.852)
- Assicurazione di protezione giuridica del paziente (n° di polizza Orion 1.262.223)
- Assicurazione di protezione giuridica all'estero nell'ambito dell'Assicurazione viaggi (n° di polizza Orion 1.262.224)
- Assicurazione di protezione giuridica del paziente ex INTRAS (n° di polizza Orion 1.245.965)
- Assicurazione ambulatoriale incl. Assicurazione di protezione giuridica del paziente ex Sanagate (n° di polizza Orion PGP 1.262.225)
- Assicurazione ambulatoriale incl. Assicurazione di protezione giuridica all'estero ex Sanagate (n° di polizza Orion PGE 1.262.226)

1.4 Indicazioni sul sinistro

Se si tratta di un sinistro che riguarda l'**Assicurazione di protezione giuridica del paziente**, si prega di compilare i **punti 2, 4, 5 e 6**.

Se si tratta di un sinistro che riguarda l'**Assicurazione di protezione giuridica all'estero**, si prega di compilare i **punti 3, 4, 5 e 6**.

2 Assicurazione di protezione giuridica del paziente

2.1 Informazioni sul fornitore di prestazioni

Dove si è sottoposta/o al trattamento?

Ospedale

Studio medico

Altro

Nome e indirizzo del fornitore di prestazioni (ospedale, medico ecc.)

Nome	Cognome	Telefono
------	---------	----------

Via, n° civico	NPA/località
----------------	--------------

Nome dello specialista che secondo lei ha commesso l'errore di trattamento/errore medico:

Nome	Cognome	Telefono
------	---------	----------

Via, n° civico	NPA/località
----------------	--------------

2.2 Indicazioni sul sinistro

Quando è stato eseguito il trattamento errato?

Data

Secondo lei, qual è stato l'errore nel trattamento/errore medico?

Descrizione dettagliata

Quali disturbi ha avuto dopo questo trattamento?

Descrizione dettagliata

È inabile al lavoro? Sì No

3 Assicurazione di protezione giuridica all'estero

3.1 Di cosa si tratta?

3.1.1 Quando si è verificato l'evento?

Data

3.1.2 Dove si è verificato l'evento?

Luogo, nazione

3.1.3 Cosa è successo? (Si prega di fornire una descrizione precisa e il più dettagliata possibile dell'evento, eventualmente con schizzi, foto.)

(Usi un altro foglio se lo spazio non è sufficiente.)

3.1.4 Con cosa non è d'accordo e cosa vuole ottenere?

3.1.5 Nei confronti di chi desidera assistenza legale?

3.2 Descrizione del danno subito

3.2.1 Qualcuno ha subito lesioni?

Sì No

Se sì: chi?

Nome

Cognome

Tipo di lesione

Personale medico/ospedale curante

Assicurazione infortuni presso SUVA

Sì No

Altra assicurazione infortuni

Nome della compagnia di assicurazioni

N° di polizza

Assicurazione malattie

Nome dell'assicurazione malattie

N° di polizza

3.2.2 Si sono verificati danni materiali?

Sì No

Se sì: tipo di danno?

Descrizione dettagliata

Valore approssimativo del danno

CHF

Quando e dove è possibile ispezionare l'oggetto danneggiato?

Descrizione dettagliata

Eventuale assicurazione propria con obbligo di versare prestazioni:

Nome della compagnia di assicurazione

N° di polizza

Nome della compagnia di assicurazione

N° di polizza

3.3 Incidente stradale o violazioni delle norme della circolazione

3.3.1 Dati del veicolo da lei utilizzato:

Nome della detentrica o del detentore del veicolo	Cognome della detentrica o del detentore del veicolo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, n° civico	NPA/località
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Targa	
<input type="text"/>	
Nome e indirizzo dell'assicurazione di responsabilità civile del veicolo utilizzato	
<input type="text"/>	

3.3.2 Se il suo veicolo è stato danneggiato:

è stata stipulata un'assicurazione casco? Casco totale Casco parziale No

Se sì:

Nome e indirizzo dell'assicurazione casco

Il sinistro è già stato annunciato? Sì No

Il veicolo è già stato riparato? Sì (allegare la fattura) No

È stata richiesta una perizia? Sì No

Se sì:

Nome, indirizzo

3.3.3 Persona alla guida del veicolo a motore: (da compilare solo se non identica al contraente o al detentore del veicolo secondo la cifra 1)

Nome	Cognome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Via, n° civico	NPA/località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono privato	Cellulare	Telefono ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail		
<input type="text"/>		

3.3.4 La persona alla guida del suo veicolo a motore aveva una licenza di condurre valida? Sì No

3.3.5 È stato redatto un verbale dell'incidente? Sì No

Se sì: da chi? Polizia Persona alla guida coinvolta Altri

4 Giustificativi e prove

Contratti, corrispondenza in merito al caso

Data della notifica della decisione

Decisioni delle autorità

Eventuali ricorsi presentati

Verbale dell'incidente

Rapporto di polizia

Rapporto medico (in caso di incapacità lavorativa)

Fatture di medici e ospedali

Foto

Fatture di riparazioni, ricevute e altri giustificativi del danno subito

Copie della notifica di sinistro ad altre assicurazioni (p. es. responsabilità civile e casco totale)

Testimoni

Nome, indirizzo

Altro/allegati

5 Informazioni supplementari

Lei o la persona assicurata ha ulteriori assicurazioni di protezione giuridica?

Sì No

Nome della compagnia d'assicurazione

N° di polizza

Nome della compagnia d'assicurazione

N° di polizza

6 Firma per autorizzazione

La Orion Assicurazione di protezione giuridica SA, la CSS Assicurazione malattie SA e la CSS Assicurazione SA trattano i dati che la persona firmataria comunica loro e quelli ottenuti da terzi con il suo consenso, nella misura necessaria per la gestione del sinistro. Con la presente la persona firmataria autorizza gli assicuratori citati a consultare, se necessario a scambiarsi gli atti riguardanti questo caso giuridico e a intraprendere tutte le azioni legali utili e necessarie. Inoltre la persona firmataria esonera gli avvocati, i medici e i medici di fiducia degli assicuratori citati dal loro obbligo al mantenimento del segreto professionale per ciò che concerne il caso notificato. Viene inoltre applicata la dichiarazione sulla protezione dei dati della CSS Assicurazione SA, disponibile su css.ch

Luogo

Data

Firma della persona assicurata o della sua/del suo rappresentante legale

Indirizzo dell'assicuratore:

CSS, Centro di competenze Assicurazioni speciali, Casella postale 2568, 6002 Lucerna