

# Notifica di un caso

## Protezione giuridica pazienti o estero

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. Nel caso vi siano domande, il Contact Center, al n° di telefono 0844 277 277 sarà lieto di poter essere d'aiuto. Molte grazie.

Numero cliente

### 1 Informazioni generali

#### 1.1 Persona assicurata

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### 1.2 Contatto

Telefono privato	Mobile	Telefono ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quando è possibile contattarla?	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dove?	<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/> Mobile
	<input type="checkbox"/> Ufficio	
Persona di contatto in caso di domande		
<input type="text"/>		

#### 1.3 Indicazioni relative alla copertura assicurativa

##### CSS Assicurazione SA:

- Assicurazione ambulatoriale myFlex incl. Assicurazione di protezione giuridica dei pazienti (Orion PGP Polizza n° 1.248.851)
- Assicurazione ambulatoriale myFlex incl. Assicurazione di protezione giuridica all'estero (Orion PGE Polizza n° 1.248.852)
- Assicurazione di protezione giuridica dei pazienti (Orion Polizza n° 1.262.223)
- Assicurazione di protezione giuridica all'estero nel quadro dell'Assicurazione viaggi (Orion Polizza n° 1.262.224)

##### INTRAS Assicurazione SA:

- Protezione giuridica dei pazienti (Orion Polizza n° 1.245.965)

#### 1.4 Indicazioni relative al sinistro

Se si tratta di un sinistro che riguarda l'**Assicurazione di protezione giuridica dei pazienti**, si prega di compilare **le cifre 2, 4, 5 e 6**.

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

### 2 Protezione giuridica dei pazienti

#### 2.1 Indicazioni concernenti i fornitori di prestazioni

Dov'è stata/o curata/o?  Ospedale  Studio medico  Altrove

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

Nome	Cognome	Numero di telefono
------	---------	--------------------

Via/N°	NPA/Località
--------	--------------

Nome dello specialista che secondo lei ha compiuto l'errore nel trattamento/l'errore medico:

Nome	Cognome	Numero di telefono
------	---------	--------------------

Via/N°	NPA/Località
--------	--------------

## 2.2 Indicazioni concernenti il sinistro

Quando si è verificato l'errore nel trattamento/l'errore medico?

Data

Secondo lei, in cosa consiste l'errore nel trattamento/l'errore medico?

Descrizione precisa

Di quali disturbi soffre dal momento di questo trattamento?

Descrizione precisa

Sussiste un'inabilità al lavoro?  Sì  No

## 3 Protezione giuridica all'estero

### 3.1 Di cosa si tratta?

3.1.1 Quando si è prodotto l'evento?

Data

3.1.2 Dove si è prodotto l'evento?

Luogo, paese

3.1.3 Come si è prodotto l'evento? (Pregasi dare una descrizione precisa e particolareggiata, eventualmente con schizzi e fotografie.)

(Utilizzare un'altra pagina se necessario.)

3.1.4 Con cosa non si dichiara d'accordo e cosa desidera ottenere?

3.1.5 Contro chi desidera protezione giuridica?

**3.2 Descrizione del danno subito**

3.2.1 Ci sono stati feriti?

Sì  No

Nome

Cognome

Se sì: chi?

Genere delle ferite

Medico curante/ospedale

Assicurazione infortuni INSAI

Sì  No

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza

Altra assicurazione infortuni

Nome della cassa malattia

N° polizza

Cassa malattia

3.2.2 Ci sono stati dei danni materiali?

Sì  No

Se sì: genere dei danni?

Descrizione precisa

Importo approssimativo dei danni

CHF

Quando e dove può essere esaminato l'oggetto danneggiato?

Descrizione precisa

Vostre assicurazioni obbligate eventualmente al risarcimento:

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza

### 3.3 Incidente di circolazione o violazione delle regole in materia di circolazione

#### 3.3.1 Indicazioni sul veicolo da lei utilizzato:

Nome del detentore

Cognome del detentore

Via/N°

NPA/Località

N° della targa

Nome, indirizzo dell'assicurazione responsabilità civile del veicolo utilizzato

#### 3.3.2 Nel caso il suo veicolo sia stato danneggiato:

Esiste un'assicurazione casco?

Casco totale

Casco parziale

No

Se sì:

Nome, indirizzo dell'assicurazione casco

È stato già annunciato il sinistro?

Sì

N° sinistro

No

È stato già riparato il suo veicolo?

Sì (allegare fattura)

No

È stata ordinata una perizia?

Sì

No

Sì, tramite:

Nome, indirizzo

#### 3.3.3 Conducente del veicolo: (Da compilare soltanto se non identico allo stipulante d'assicurazione o detentore)

Nome

Cognome

Via/N°

NPA/Località

Telefono privato

Mobile

Telefono ufficio

E-mail

3.3.4 Il conducente del suo veicolo era in possesso, al momento dell'evento, di una licenza di condurre valida?  Sì  No

3.3.5 È stato allestito un protocollo ufficiale dell'incidente?

Sì

No

Se sì: da chi?

Polizia

Conducenti implicati

Altri

#### 4 Pezze giustificative e mezzi di prova

Contratti, corrispondenza relativa al sinistro

Data della notificazione della decisione

Decisioni emesse dalle autorità

Eventuali contestazioni già inviate

Protocollo dell'incidente

Rapporto polizia

Certificato medico (in caso d'inabilità al lavoro)

Fatture mediche e ospedaliere

Foto

Fatture di riparazione, quietanze altri pezzi giustificativi al danno subito

Copie delle dichiarazioni di sinistri ad altre assicurazioni (p. e. responsabilità civile o casco completo)

Testimoni

Nome, indirizzo

Altro/allegati

#### 5 Informazioni supplementari

Lei risp. la persona assicurata ha ulteriori assicurazioni di protezione giuridica?

Sì  No

Nome della compagnia d'assicurazione

N° polizza

Nome della compagnia d'assicurazione

N° polizza

#### 6 Firma per autorizzazione

La persona sottoscritta autorizza la Orion Assicurazione di protezione giuridica SA, la CSS Assicurazione malattie SA, la CSS Assicurazione SA, Arcosana AG e INTRAS Assicurazione malattie SA di prendere visione degli atti riguardanti il presente caso giuridico e necessari allo scopo dell'evasione delle pratiche contrattuali tra gli assicuratori menzionati e di provvedere a tutte le azioni giuridiche che appaiono utili e necessarie. Inoltre la persona sotto scritta esonera gli avvocati, i medici, nonché i medici di fiducia degli assicuratori summenzionati dal loro obbligo al mantenimento del segreto professionale per ciò che concerne il casonotificato.

Località

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

Inviare a:  
CSS Assicurazione  
Centro di competenza ass. speciali  
Casella Postale 2568  
6002 Lucerna