

# Notifica di un caso

## Protezione giuridica pazienti o estero

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata o dal suo rappresentante legale. Si prega di compilarlo in maniera completa e di trasmetterlo il più rapidamente possibile all'indirizzo riportato all'ultima pagina del formulario. Senza le sue indicazioni non possiamo esaminare il suo diritto a prestazioni. Tante grazie per la collaborazione.

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

Numero cliente

### 1 Informazioni generali

#### 1.1 Persona assicurata

Nome

Cognome

Data di nascita

Via/N°

NPA/Località

#### 1.2 Contatto

Telefono privato

Mobile

Telefono ufficio

Quando è possibile contattarla?

Dove?

Privato

Mobile

Ufficio

E-mail

Persona di contatto in caso di domande

#### 1.3 Indicazioni relative alla copertura assicurativa (viene compilato dalla CSS)

##### 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)
- Protezione giuridica dei pazienti ex. INTRAS (Orion Polizza n° 1.245.965)
- Assicurazione ambulatoriale incl. Assicurazione di protezione giuridica del paziente ex. Sanagate (Orion PGP Polizza n° 1.262.225)
- Assicurazione ambulatoriale incl. Assicurazione di protezione giuridica all'estero ex. Sanagate (Orion PGE Polizza n° 1.262.226)

#### 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

Se sì: chi?

Nome	Cognome

Genere delle ferite

Medico curante/ospedale

Assicurazione infortuni INSAI

Sì  No

Altra assicurazione infortuni

Nome della compagnia di assicurazioni	N° polizza

Cassa malattia

Nome della cassa malattia	N° polizza

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 Orion Assicurazione di protezione giuridica SA, la CSS Assicurazione malattie SA e la CSS Assicurazione SA trattano i dati forniti dalla persona firmataria e ottenuti da terzi con il suo consenso, nella misura necessaria al disbrigo dei sinistri. La persona firmataria autorizza gli assicuratori summenzionati alla consultazione e all'eventuale scambio reciproco degli atti riguardanti il presente caso giuridico, necessari allo scopo dell'evasione delle pratiche contrattuali tra gli assicuratori menzionati, nonché a provvedere a tutte le azioni giuridiche che appaiono utili e necessarie. La persona firmataria esonera inoltre avvocati, medici e medici di fiducia degli assicuratori summenzionati dal loro segreto professionale in relazione al caso notificato.

Si applica altresì la dichiarazione sulla protezione dei dati della CSS Assicurazione SA su [css.ch](http://css.ch)

Località

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

Inviare a:  
CSS Assicurazione SA  
Centro di competenze Assicurazioni speciali  
Casella postale 2568  
6002 Lucerna