

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

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

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

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

16. Dettagli	dal:	al:
a. Periodo del trattamento		
b. Era incinta in quel periodo?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	
19. Era in cura prima del suo soggiorno all'estero?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> 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. In questo modo ci aiuta a evitare costi per traduzioni e ritardi nella liquidazione dei sinistri.

Assicurazione**20. Informazioni sull'assicurazione**

a. Ha stipulato un'assicurazione viaggi separatamente?	<input type="radio"/> no	
	<input type="radio"/> sì, presso quale società?	
	<input type="radio"/> incl. copertura dei costi di guarigione	
b. Esiste un'altra assicurazione contro gli infortuni?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	
Genere di assicurazione	<input type="radio"/> assicurazione mediante accordo <input type="radio"/> assicurazione infortuni secondo LAINF	
	<input type="radio"/> assicurazione infortuni privata	
Nome dell'assicurazione		
c. Copertura per costi di ricerca, di salvataggio o di rientro	<input type="radio"/> libretto ETI <input type="radio"/> carta di credito <input type="radio"/> Rega	
	<input type="radio"/> 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, la centrale per le chiamate d'emergenza estera, le rappresentazioni svizzere all'estero, 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 della persona assicurata
o del rappresentante legale

