

Persona assicurata

N° polizza

Dichiarazione di sinistro all'estero

A. Domande generali

1. Ragione del soggiorno all'estero (vacanze, affari, residenza secondaria, frontaliero ecc.):

Data di arrivo:

Data di ritorno pre vista:

2. Si tratta di conseguenze di un evento accidentale? (Se sì, rispondere anche alla parte B)

Sì No

3. Data dell'evento:

Luogo e paese:

4. Quali cure sono state dispensate?

5. Diagnosi:

6. Natura e localizzazione dei dolori o delle ferite:

(Allegare il dossier medico completo: rapporto del medico e/o dell'ospedale, risultati di laboratorio, radiografie, ecc.)

7. Tipo di trattamento:

Ambulatoriale

Stazionario

Se ambulatoriale, ora di inizio e fine della consultazione:

Se stazionario, orari di entrata/uscita:

8. Nome del medico o dell'ospedale:

Indirizzo

NPA

Luogo

N° di telefono:

N° di fax:

9. I disturbi esistevano prima della partenza?

Sì No

Se sì, qual è l'ultimo medico svizzero consultato prima della partenza e in quale data? (Nome e indirizzo completo)

Se in gravidanza, indicare la data prevista del parto:

Data della 13ª settimana di gravidanza:

10. È possibile rientrare in Svizzera per continuare il trattamento?

Sì No

Se no, allegare un certificato medico che attesti l'incapacità di viaggiare

11. Quale medico oppure ospedale è stato consultato dopo il rientro in Svizzera? (nome e cognome, indirizzo)

12. Importo totale delle fatture:

Valuta estera:

13. La o le fatture in questione sono già state pagate?

Sì No

Se sì, con quale mezzo (assegno, carta di credito, contante ecc.)?

(Allegare tassativamente la prova del pagamento: estratto della carta di credito, ricevute ecc.)

Persona assicurata

N° polizza

14. Avete stipulato un'assicurazione viaggi?

Sì No

Se sì, presso quale assicurazione? (Nome e indirizzo)

N° polizza:

Per questo sinistro sono già state versate delle prestazioni?

Sì No

15. Numeri di telefono e indirizzo e-mail in caso di domande:

B. Informazioni complementari in caso di infortunio

1. Statuto al momento dell'infortunio:

Dipendente

Servizio militare

Senza attività lavorativa

Disoccupazione

Indipendente

Scolaro/a

Studente/essa

Apprendista

Pensionato/a

Casalingo/a

Professione:

Nome e indirizzo del datore di lavoro:

Nome e indirizzo dell'assicurazione responsabilità civile:

Numero di sinistro:

Numero di ore lavorative settimanali:

Sono state versate indennità in caso di disoccupazione al momento dell'infortunio?

Sì No

Se sì, quando? dal

al

2. Descrizione precisa delle circostanze dell'infortunio:

3. L'infortunio è avvenuto nell'ambito dell'attività scolastica?

Sì No

L'infortunio è avvenuto mentre andava o tornava dal lavoro?

Sì No

L'infortunio è avvenuto nell'ambito di una competizione?

Sì No

4. È stato redatto un rapporto di polizia?

Sì No

Se sì, da chi? (nome e cognome, indirizzo)

5. Nell'infortunio è implicata una terza persona?

Sì No

Se sì, nome e cognome, indirizzo e numero di telefono della persona terza:

Nome e indirizzo della sua assicurazione responsabilità civile:

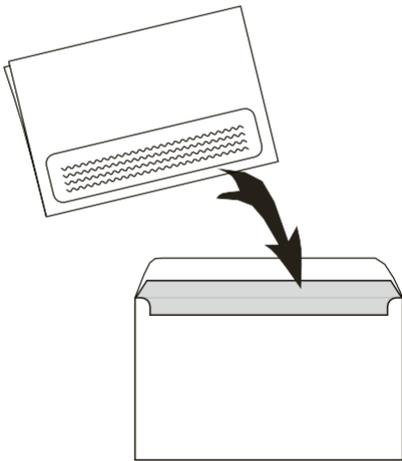
Testimoni (nomi e cognomi, indirizzi):

.....
.....
.....

Assura
Case postale 4
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Pagina di copertina per l'invio di documenti

1. Inserire questa pagina di copertina e il/i documento/i richiesto/i nella busta preaffrancata fornita.



2. Verificare che gli indirizzi compaiano nella finestra della busta.

