

Dichiarazione di malattia o infortunio durante un soggiorno all'estero

La preghiamo di rispondere a tutte le domande in modo esatto e completo (non sono ammessi trattini) e di rispedirci l'avviso di malattia o d'infortunio al più presto. Questo modulo deve essere compilato dal assicurato o dal suo rappresentante legale.

Persona assicurata

Cognome _____ N. di polizza
Nome _____ Data di nascita _____
Tel. / Tel. portatile _____ E-Mail _____

Soggiorno all'estero (Solo in caso di domicilio in Svizzera, luogo d'impiego all'estero o evento al di fuori del paese di domicilio estero)

Durata del soggiorno all'estero dal _____ al _____
Ragione del soggiorno all'estero
Vacanza Studio/scuola
Viaggio d'affari Lavoratore distaccato
Trattamento medico Seconda casa
Altri motivi _____

Dove ha il suo domicilio? _____

Ragione e durata del trattamento

Diagnosi: _____ Infortunio Sì No
Trattamento dal _____ al _____
In quale paese ha contratto la malattia o subito l'infortunio? _____
Ha presentato la sua tessera assicurativa KPT (Riguarda solo gli eventi verificatisi in UE/EFTA) Sì No

Costi di trattamento

Nazione dove è avvenuto il trattamento _____
Indicazione della valuta estera e tasso di cambio applicato _____

Attenzione: le domande 1, 2, 8 e 9 vanno compilate solo in caso di infortunio

1 Nome ed indirizzo del datore di lavoro al momento dell'infortunio (anche nel caso di lavori saltuari o di stage professionali)

Orario di lavoro _____ Giorni / settimana _____ Ore / settimana _____
Se disoccupato/a:
Quando e presso chi ha lavorato l'ultima volta? _____
Da allora ha percepito un'indennità dell'assicurazione contro la disoccupazione? Sì, dal _____ al _____ No

2 Svolgimento dell'infortunio

Data dell'infortunio _____ Ora _____ Luogo _____

Descrizione dettagliata dell'infortunio (località, condizioni atmosferiche, persone, veicoli, macchine, animali coinvolti)

L'infortunio è accaduto sul tragitto casa/luogo di lavoro, casa/scuola Sì No

Vi è una terza persona responsabile dell'infortunio?
(per gli incidenti stradali vedasi le domande aggiuntive) Sì No

Cognome, nome, indirizzo e n. tel. della terza persona

Nome ed indirizzo dell'assicurazione responsabilità civile della terza persona (designazione corretta con n. della polizza)

Testimoni (cognome, nome, indirizzo, n. tel.)

È stato stilato un rapporto della polizia? Sì No

Da quale autorità? _____

3 Fatture dei medici

N.	Medico curante	Numero di visite, consultazioni, etc.	Importo in valuta estera	Importo in CHF
	Dott.			
	Dott.			
	Dott.			

4 Fatture per prestazioni speciali

N.	Quant.	Descrizione	*Indicazione delle parti del corpo radiografate, ecc.	Importo in valuta estera	Importo in CHF
		Radiografia/e*			
		Analisi di laboratorio			

5 Fatture di farmacia (allegare la prescrizione medica)

N.	Annotare i medicinali singolarmente (nome del medicamento)	Importo in valuta estera	Importo in CHF

6 Costi diversi (fisioterapia, mezzi ausiliari, trasporti, ecc.)

N.	Nome e indirizzo del fornitore di prestazioni	Importo in valuta estera	Importo in CHF

7 Fatture per degenze in ospedale

Data di entrata	Data di uscita	Importo in valuta estera	Importo in CHF
Pensione	Giorni a		
Altri costi (sala operatoria, analisi, medico ecc)			
Genere di intervento o ragione del trattamento			

8 Altre assicurazioni

Presso quale delle seguenti assicurazioni è assicurato/a obbligatoriamente e/o a titolo complementare contro gli infortuni ed in quale misura? Esiste una copertura delle spese di guarigione (integrale o ad integrazione dell'assicurazione malattia)? È assicurato/a contro la perdita di guadagno? Se sì, in quale misura?

Compilare i campi sottostanti. In assenza di un'altra assicurazione contro gli infortuni, porre una crocetta nella casella «no».

Assicurazione		Assicuratore	
Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del datore di lavoro (conf. alla LAINF)	Sì	Nome	_____
	No	Agenzia	_____
Assicurazione complementare/accessoria all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del datore di lavoro (conf. alla LAINF)	Sì	N. di polizza	_____
	No	Nome	_____
Assicurazione privata contro gli infortuni	Sì	Agenzia	_____
	No	N. di polizza	_____
Altre assicurazioni (as es. di un'associazione sportiva)	Sì	Nome	_____
	No	Agenzia	_____
Percepisce una rendita dell'assicurazione federale contro l'invalidità, della SUVA, dell'AINF, dell'AM o di un'assicurazione privata?	Sì	N. di polizza	_____
	No	Da quale?	_____ Da quando? _____
		Rendita mensile CHF	_____
		Invalidità	_____ %

9 Domande aggiuntive in caso di incidenti stradali

	Veicolo da lei utilizzato	Veicolo coinvolto nella collisione
	Genere (ad es. bicicletta, motorino, automobile)	Genere (ad es. bicicletta, motorino, automobile)
	N. di immatricolazione	N. di immatricolazione
Possessore (proprietario)	Nome	Nome
	Indirizzo	Indirizzo
	N. di telefono	N. di telefono
Assicurazione responsabilità civile	Nome	Nome
	Indirizzo	Indirizzo
	N. di telefono	N. di telefono
Osservazioni		

Il/la sottoscritto/a dichiara d'aver risposto a tutte le domande in modo veritiero e completo ed autorizza la KPT a prendere visione di tutti gli atti concernenti l'infortunio (documentazione medica, atti della SUVA, dell'AM, dell'assicurazione privata contro gli infortuni e atti ufficiali).

Obbligo di informazione (art. 27 LPG A)

Vi invitiamo a verificare l'obbligo alla prestazione di altre assicurazioni sociali quali l'AVS/AI, l'assicurazione militare, l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni LAINF nonché di eventuali prestazioni e aiuti a vittime di reati.

Per le prestazioni, la KPT si attiene alle condizioni di assicurazione. I costi elencati nella presente dichiarazione di malattia o d'infortunio saranno riconosciuti solo se le fatture originali sono allegate al presente formulario. Per permetterci di conteggiare le prestazioni senza difficoltà, la preghiamo di fornire i giustificativi il più possibile dettagliati e, se necessario, completare i giustificativi con una spiegazione.

Sono determinanti le condizioni generali (CGA), speciali (CS) e il contratto collettivo in vigore e relativa tariffa.

Luogo e data **X**

Firma **X**

Assicurato/a o rappresentante legale