

## 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**

|   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| <b>16. Dettagli</b><br>a. Periodo del trattamento                             | dal:                     | al:                               |
| b. Era incinta in quel periodo?   | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> sì          |
| <b>17. Pagamento</b><br>In quale valuta estera sono state pagate le fatture?* | settimana di gestazione: |                                   |
| <b>18. Ha contattato la nostra centrale per le chiamate d'emergenza?</b>      | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> sì          |
| <b>19. Era in cura prima del suo soggiorno all'estero?</b>                    | <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**

Confermo di aver risposto in modo completo e veritiero alle domande. Con la mia firma esonero gli ospedali, i medici e il personale medico, le autorità, la centrale per le chiamate d'emergenza esterna, le rappresentazioni svizzere all'estero, gli uffici amministrativi e le altre compagnie di assicurazione dal loro obbligo del segreto legale e contrattuale nei confronti di Helsana Assicurazioni SA, nei confronti di Helsana Assicurazioni integrative SA e nei confronti di Helsana Infortuni SA. Inoltre autorizzo gli assicuratori citati a fornire le informazioni necessarie in relazione al trattamento e a consegnare i documenti rilevanti 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