



SPESE DI CURA

Autodichiarazione TCS – Cura all'estero

La preghiamo di compilare tutte le voci in stampatello
e restituirci il formulario debitamente completato,
datato e firmato.

TAS Assicurazioni SA
Servizio sinistri
Ch. De Blandonnet 4
Case Postale 820
1214 Vernier

Tel. : +41 58 827 64 12
E-mail: Sinistres.eti@tcs.ch
www.tcs.ch

N° di TCS-Socio:.....

N° di sinistro :.....

1 Dati personali del paziente

Cognome : Data di nascita :
Nome : Tel :
Via, n°:..... E-mail :
NPA, Località :

1.1 Riferimenti postali o bancari

Cognome / Nome del titolare del conto : IBAN :
.....

2 Motivo del soggiorno all'estero

Partenza dalla Svizzera (data) : Motivo: Vacanze Formazione Viaggio d'affari
Date del viaggio : dal : al :

3 Evento

Paese del trattamento : Periodo di cura: dal al
Indirizzo del medico/del ospedale/della clinica :
Per il primo trattamento :
Per ulteriori trattamenti :

Descrizione dettagliata della malattia / della dinamica dell'infortunio (Descrizione esaustiva, attività al momento dell'infortunio, persone coinvolte, veicoli a motore, macchinari, ecc. Usare eventualmente un foglio separato.):

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

4 Pagamenti

4.1 Ha utilizzato/presentato la tessera europea d'assicurazione (LAMal) ?

Sì No Se sì, presso al/all' : Medico Ospedale altri servizi/persona :

4.2 Le prestazioni sono state prese a carico da un'assicurazione sociale statale (LAMal, LCA) ?

Sì No Se sì, quale ?

5 Malattia => in caso di **infortunio**, passare al punto 6 (inverso)

Malattia **Maternità** : Data presunta del parto : Ginecologo curante :

Ha seguito una cura in Svizzera a causa dell'affezione ?

Prima del soggiorno : Sì No
Se sì, ambulante stazionario Ospedale/medico (Nome e indirizzo)

Dopo il soggiorno : Sì No
Se sì, ambulante stazionario Ospedale/medico (Nome e indirizzo)

5.1 Nome dell'assicurazione di base : N° di Polizza :

Lei ha delle assicurazioni complementari ? Sì No

Se sì : Nome, Indirizzo delle assicurazioni : N° di Polizza :

Segue sul retro →

6 Infortunio

Infortunio Data dell'infortunio : Ora dell'infortunio :

Luogo dell'infortunio (descrizione esatta) :

L'infortunio è accaduto : andando al lavoro/a scuola durante il lavoro/a scuola all'infuori del lavoro/della scuola

6.1 Tipo della ferita/delle ferite :

Arti colpiti (sinistra/destra) :

6.2 Se l'infortunio è stato causato da terzi oppure da fattori esterni, indicare p.f. cognome, indirizzo ed assicuratore responsabilità civile, oppure il tipo del fattore esterno :

.....
.....

6.3 E stato redatto un rapporto della polizia ? Sì No Se sì, da chi ?

Ci sono testimoni ? Sì No Se sì, indicare cognome e indirizzo :

.....

6.4 Lei è indipendente ? Sì No

Nome e indirizzo del datore di lavoro (se in disoccupazione, indicare l'ultimo datore di lavoro*)

.....

*Data dell'ultimo giorno d'impiego :

Percepisce prestazioni dall'assicurazione di disoccupazione ? Sì No Se no, perché ?

.....

Quantità di ore lavorative alla settimana 8 ore e più meno di 8 ore

6.5 L'infortunio è accaduto con un veicolo a motore ? Sì No

Se sì : Conducente del proprio veicolo a motore Conducente di un veicolo a motore di terzi Passeggero

N° di targa : Esiste un'assicurazione per passeggeri ? Sì No

Annunciato ? Sì No Se sì, quale società d'assicurazioni ?

6.6 La persona infortunata, è assicurata anche presso altri enti ? Sì No Se sì, presso di chi e per quali prestazioni ?

presso l'assicurazione obbligatoria del datore di lavoro Nome/Indirizzo :

presso una società d'assicurazioni privata Nome/Indirizzo :

presso un altro assicuratore malattia Nome/Indirizzo :

Per quali prestazioni :

spese di cura reparto comune semiprivato privato a complemento dell' assicurazione malattia

perdita di salario LAINF altre Fr/g % del salario

7 Conferma e procura

Il sottoscritto conferma di aver risposto alle domande sopra menzionate in modo completo e conforme alla verità.

Il sottoscritto autorizza il TCS, rispettivamente TAS Assicurazioni SA, a consultare i documenti ufficiali e medici presso altri enti assicurativi, medici, ospedali, datori di lavoro, polizia e tribunale. Lo stesso libera gli organismi delle assicurazioni sociali, gli assicuratori privati e gli altri organismi sopra menzionati dall'obbligo legale e contrattuale di mantenere il segreto nei confronti del TCS e di TAS Assicurazioni SA, in particolare il segreto professionale dei medici, i segreti di cui all'art. 62 LPD e 33 LPGA, nonché i segreti previsti in altre legislazioni federali o cantonali. Inoltre, il sottoscritto accetta che il TCS e TAS Assicurazioni SA trasmettano i dati necessari al trattamento dei sinistri a terzi, vale a dire agli assicuratori coinvolti, e che raccolgano da essi le informazioni richieste. Se il beneficiario può far valere nei confronti di terzi pretese corrispondenti a prestazioni fornite dal TCS, rispettivamente TAS Assicurazioni SA, il beneficiario cede loro le sue pretese.

.....
Luogo e data

.....
Firma della persona assicurata o del suo rappresentante legale