



# 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](mailto:Sinistres.eti@tcs.ch)  
[www.tcs.ch](http://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