

Notifica di degenza ospedaliera

Assicurazione d'indennità giornaliera ospedaliera

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata o dal suo rappresentante legale. Sotto css.ch/ospedaliera trova tutte le informazioni sul prodotto come pure il formulario necessario. Si prega di compilarlo in maniera completa e di trasmetterlo il più rapidamente possibile all'indirizzo riportato all'ultima pagina del formulario. Senza le sue indicazioni non possiamo esaminare il suo diritto a prestazioni.

Tante grazie per la collaborazione.

Ha delle domande? Il nostro Contact Center 0844 277 888 sarà lieto di esserle d'aiuto.

Numero cliente

1 Informazioni generali

1.1 Persona ospedalizzata

Nome

Cognome

Data di nascita

Via/N°

NPA/Località

2 Degenza ospedaliera

2.1 Ospedale

Nome dell'ospedale

Via/N°

NPA/Località

2.2 Medico indicante il ricovero

Nome

Cognome

Via/N°

NPA/Località

3 Da compilare e confermare dal medico indicante il ricovero o dall'ospedale

3.1 Degenza ospedaliera

Nome Cognome Numero cliente

Entrata in ospedale Uscita dall'ospedale
Data Data Numero definitivo dei giorni di ricovero

Permanenza nel reparto normale Permanenza nel reparto cure intensive
Data dal al Data dal al

3.2 Motivo dell'ospedalizzazione

Diagnosi esatta e il codice ICD 10

3.3 Quando è stata diagnosticata la malattia //l'infortunio //la gravidanza (Prego segnare con crocetta)

Data

3.4 Negli ultimi 4 anni, il paziente è stato sottoposto a trattamento medico a causa del disturbo summenzionato?

No In caso affermativo, quando

Osservazioni

La persona firmataria dichiara di avere risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande presenti in tutte le pagine.

Luogo Data

Firma del medico Timbro del medico

Inviare a:
CSS Assicurazione SA
Centro di competenze Assicurazioni speciali
Casella postale 2568
6002 Lucerna

Autorizzazione

Assicurazione d'indennità giornaliera ospedaliera

Numero cliente

Persona assicurata

Nome

Cognome

Data di nascita

Via/N°

NPA/Località

Osservazioni

La persona firmataria dichiara di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande di tutte le pagine

Firmando questo modulo, la CSS viene autorizzata a fornire informazioni, risp. a richiedere informazioni e documenti necessari a valutare la copertura assicurativa a medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali e privati e autorità, risp ai loro medici della società e ai loro medici di fiducia, tenendo presente le disposizioni giuridiche concernenti la protezione dei dati Le istanze coinvolte sono in questi casi svincolate dal loro obbligo alla riservatezza e dal loro segreto professionale nei confronti della CSS.

La persona firmataria ha il diritto di richiedere informazioni concernenti i dati che la riguardano. L'autorizzazione all'elaborazione dei dati può essere revocata in qualsiasi momento.

Soggetto di diritto per l'assicurazione di base (LAMal): CSS Assicurazione Malattie SA, soggetto di diritto per le assicurazioni complementari (LCA): CSS Assicurazione SA

Luogo

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

Inviare a:
 CSS Assicurazione SA
 Centro di competenze Assicurazioni speciali
 Casella postale 2568
 6002 Lucerna