

# IHP Prestazioni

## Formulario per il rimborso

Per poter effettuare un rimborso coretto e sbrigativo la preghiamo di leggere «Informazioni principali in breve» per Svizzeri all'estero sul nostro sito internet: [css.ch/ihp](http://css.ch/ihp) per Svizzeri all'estero (IHP).

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata o dal suo rappresentante legale. A tutte le domande appropriate alla situazione deve essere data una risposta completa e il formulario firmato deve essere immediatamente inviato all'indirizzo riportato in fondo al documento. Ha delle domande? Il nostro Contact Center 0844 277 277 sarà lieta di esserle d'aiuto.

N° di polizza

### 1 Generalità

Numero famiglia

Sesso

Femminile

Maschile

Nome

Cognome

Via /N°

Indirizzo supplementare

NPA/Località

Casella postale

Data di nascita

E-Mail (facoltativo)

Domicilio legale, NPA/Località

Numeri di telefono

Privato

Natel

Ufficio

### 2 Trattamenti ambulatoriali

Malattia

Infortunio (si prega di compilare anche la notifica d'infortunio)

Maternità

Trattamento

dal

al

Il trattamento è stato eseguito da

Località/Paese

Motivo/Diagnosi

Valuta

Importo

Quale trattamento è stato eseguito?

Trattamento

dal

al

Il trattamento è stato eseguito da

Località/Paese

Motivo/Diagnosi

Valuta

Importo

Quale trattamento è stato eseguito?

--

**Trattamento**

Il trattamento è stato eseguito da

Località/Paese

dal

al

Motivo/Diagnosi

Valuta

Importo

--

--

--

Quale trattamento è stato eseguito?

--

**Trattamento**

Il trattamento è stato eseguito da

Località/Paese

dal

al

Motivo/Diagnosi

Valuta

Importo

--

--

--

Quale trattamento è stato eseguito?

--

**Trattamento**

Il trattamento è stato eseguito da

Località/Paese

dal

al

Motivo/Diagnosi

Valuta

Importo

--

--

--

Quale trattamento è stato eseguito?

--

Malattia Infortunio (si prega di compilare anche la notifica d'infortunio) Maternità**Trattamento**

Il trattamento è stato eseguito da

Località/Paese

dal  al  

Motivo/Diagnosi

Valuta

Importo

**Trattamento**

Il trattamento è stato eseguito da

Località/Paese

dal  al  

Motivo/Diagnosi

Valuta

Importo

**Il caso è stato notificato al Centralino d'emergenza CSS?** No  Se sì, quando? 

Osservazioni

## Osservazioni

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

Mediante la firma sul formulario per il rimborso, la CSS è autorizzata a fornire o di richiedere in qualsiasi momento le informazioni necessarie per la valutazione della protezione assicurativa e dell'evasione del sinistro presso medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali o privati e autorità preposte o presso i loro medici della società o di fiducia, in osservanza delle disposizioni legali sulla protezione dei dati. Le istanze coinvolte, in questi casi sono esonerati nei confronti della CSS dal loro obbligo a mantenere il segreto e dal segreto professionale.

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

Soggetto di diritto: CSS Assicurazione SA

Località

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

**Importante:** Le fatture originali e le prove di pagamento devono essere allegati.