

Questionario per l'estero

Per trattamenti d'emergenza

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata, rispettivamente dal suo rappresentante legale. Si dovrà dare una risposta completa a tutte le domande e il formulario firmato dovrà poi essere inviato quanto prima all'indirizzo menzionato alla fine del documento. Nel caso vi siano domande, il nostro Contact Center 0844 277 277 sarà lieta di esserle d'aiuto. Molte grazie.

Numero cliente

1 Informazioni generali

1.1 Persona assicurata

Nome

Cognome

Data di nascita

Via/N°

NPA/Località

1.2 Contatto

Telefono privato

Telefono mobile

Telefono ufficio

Quando è possibile contattarla?

Dove?

Privato

Tel. mobile

Ufficio

E-Mail

2 Domande

2.1 Si tratta di

Malattia

Infortunio, si prega di compilare la notifica d'infortunio

Maternità

2.2 Tipo di malattia, rispettivamente d'infortunio

Descrizione esatta indicare tipo di malattia risp. di lesione o descrizione precisa dell'avvenimento.

2.3 Quando e dove si è ammalato/a, risp. ha subito l'infortunio?

Data

Orario

Luogo

Paese

2.4 Quali trattamenti sono stati eseguiti all'estero da un medico o in un ospedale?

2.5 Durata del trattamento

Trattamento ambulatoriale

Trattamento stazionario

Data

Data

dal al dal al **2.6 Costi del trattamento** CHF Valuta estera, quale

Trattamento ambulatoriale

Trattamento stazionario

	CHF	Valuta estera
Costi del medico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicamenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totale	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	CHF	Valuta estera
Costi dell'ospedale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicamenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totale	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.7 Primo medico/ospedale intervenuto all'estero risp. in Svizzera

Nome

Cognome

Ospedale

Via/N°

NPA/Località

Paese

2.8 Ulteriore trattamento da parte del medico/dell'ospedale all'estero o in Svizzera

Nome

Cognome

Ospedale

Via/N°

NPA/Località

Paese

2.9 Lei è stato già in trattamento medico in Svizzera a causa di quest'affezione? Sì No

In caso affermativo, quando e presso chi?

Data

dal al

Nome

Cognome

Via/N°

NPA/Località

2.10 Lei è assicurato anche altrove (malattia/infortunio/costi per trasporto/libretto ETI ecc.)? Sì No

In caso affermativo, presso quale compagnia di assicurazioni?

Nome della compagnia di assicurazioni

Numero di polizza (voglia allegare copia della polizza)

Via/N°

NPA/Località

Lei ha già notificato a tale assicurazione quanto avvenuto? Sì No

2.11 Lei ha stipulato a parte un'assicurazione viaggi?

Numero di polizza/Numero di proposta
Presso la CSS? Sì No

Presso un'altra compagnia di assicurazioni? Sì No

In caso affermativo, presso quale compagnia di assicurazioni?

Nome della compagnia di assicurazioni	Numero di polizza (voglia allegare copia della polizza)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.12 Durata e motivo del soggiorno all'estero

Data
dal al

2.13 Dove è situato il suo domicilio legale?

Via/N°	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.14 Ha notificato la sua partenza presso l'ultimo domicilio in Svizzera?

Sì, con effetto al No

2.15 Per persone inviate all'estero dal datore di lavoro:

Quando è stato inviato all'estero dal suo datore di lavoro svizzero?

Nome e indirizzo del datore di lavoro

2.16 Dati relativi al beneficiario delle prestazioni

Persona assicurata Altro beneficiario delle prestazioni

Nome	Cognome	Numero cliente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°/Casella postale	Indirizzo supplementare	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Accredito sul conto

IBAN	Nominativo del suo istituto finanziario
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.17 Osservazioni

La sottoscritta//Il sottoscritto dichiara di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande di tutte le pagine.

Con la firma apposta sul questionario per l'estero, la CSS viene autorizzata a fornire informazioni, risp. a richiedere informazioni necessarie 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. In questi casi, le istanze coinvolte sono svincolate dal loro obbligo alla riservatezza e dal loro segreto professionale nei confronti della CSS.

La sottoscritta//Il sottoscritto ha il diritto di richiedere informazioni concernenti i dati che la/lo 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, Arcosana SA*

Soggetto di diritto per le assicurazioni complementari (LCA): CSS Assicurazione SA

*Il suo soggetto di diritto per l'assicurazione di base (LAMal) risulta dalla sua polizza d'assicurazione.

Luogo

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

Indirizzo dell'assicuratore:

CSS, Centro Servizi, Casella postale 164, 6932 Breganzona