

# 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](http://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  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