



CSS

Assicurazione

# Notifica di degenza ospedaliera

## Assicurazione d'indennità giornaliera ospedaliera

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata, rispettivamente dal suo rappresentante legale. Si dovrà dare una risposta completa a tutte le domande che riguardano il caso in questione, e il formulario firmato dovrà poi essere quanto prima inviato all'indirizzo menzionato alla fine del documento. Nel caso vi siano domande, il Contact Center, al n° di telefono 0844 277 888 sarà lieto di poter essere d'aiuto. Molte grazie.

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

Entrata in ospedale

Uscita dall'ospedale

Data

Data

Numero definitivo dei giorni di ricovero

Permanenza nel reparto normale

Permanenza nel reparto cure intensive

Data

Data

dal

al

dal

al

Permanenza nel reparto di sorveglianza

Data

dal

al

#### 3.2 Motivo dell'ospedalizzazione

Diagnosi esatta

#### 3.3 Quando è stata diagnosticata la malattia //infortunio per la prima volta? (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 sottoscritta/Il sottoscritto 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  
Centro di competenza ass. speciali  
Casella postale 2568  
6002 Lucerna

# Autorizzazione

## Assicurazione d'indennità giornaliera ospedaliera



CSS

Assicurazione

Numero cliente

### Persona assicurata

Nome

Cognome

Data di nascita

Via/N°

NPA/Località

### Osservazioni

La sottoscritta/Il sottoscritto 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 Assicurazione.

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, 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  
Centro di competenza ass. speciali  
Casella postale 2568  
6002 Lucerna