

Conferma di trasferimento

Con la presente trasferisco la mia/il mio paziente

Nome

Cognome

Data di nascita

Abitante a

per la durata di massimo 12 mesi al seguente specialista

Nome

Cognome

Via/Numero civico

NPA/Località

Data di trasferimento

Timbro e firma del medico di famiglia

Numero cliente

Firma paziente risp. persona assicurata oppure il suo rappresentante legale

La presente conferma di trasferimento deve essere firmata dal medico di famiglia **prima dell'inizio del trattamento** presso lo specialista o in ospedale, e la persona assicurata deve inviarla **immediatamente per e-mail, myCSS App o per posta** alla CSS Assicurazione.

CSS Assicurazione
Contact Center
Casella postale
6002 Lucerna
info@css.ch

Senza conferma di trasferimento, secondo il regolamento dell'Assicurazione del medico di famiglia, l'assicuratore malattia non prende a carico le spese di trattamento presso specialisti, ospedali e per soggiorni di cure. Può scaricare questo documento dal sito www.css.ch/downloads oppure richiederlo presso il Contact Center 0844 277 277.