Annonce d’hospitalisation

Assurance d’indemnités journalières en cas d’hospitalisation

En tant que personne assurée ou représentant/e légal/e de cette dernière, merci de remplir le formulaire en intégralité avant de l’envoyer à l’adresse indiquée en dernière page. Nous pourrons alors vérifier votre droit aux prestations.
Vous trouvez toutes les informations sur le produit ainsi que le formulaire nécessaire sur **css.ch/hospitalisation**
Avez-vous des questions? Notre Centre de Service-clientèle vous aide avec plaisir au numéro 0844 277 888. Merci beaucoup.

Numéro client

1 Renseignements généraux

1.1 Personne hospitalisée

Prénom | Nom | Date de naissance

Rue, N° | NPA/Localité

2 Hospitalisation

2.1 Hôpital

Nom de l’hôpital

Rue, N° | NPA/Localité

2.2 Clinique de réadaptation

Nom de la clinique

Rue, N° | NPA/Localité

2.3 Médecin ayant ordonné l’hospitalisation

Prénom | Nom

Rue, N° | NPA/Localité

3 A compléter et à confirmer par le médecin ayant ordonné l'hospitalisation ou par l'hôpital

3.1 Hospitalisation

Prénom | Nom | Numéro client

Admission à l'hôpital

Date

Sortie de l'hôpital

Date

Nombre définitif de jours d'hospitalisation

Séjour dans l'unité normale

Date

du au

Séjour dans l'unité de soins intensifs

Date

du au

Séjour en réadaptation

Date

du au

3.2 Motif du séjour

Diagnostic précis e le code CIM-10

3.3 Constatation

Quand la **maladie** ☐ a-t-elle été diagnostiquée pour la première fois? (Merci de cocher ce qui convient)

Quand l'**accident** ☐ a-t-il été constaté pour la première fois? (Merci de cocher ce qui convient)

Quand la **grossesse** ☐ a-t-elle été constatée? (Merci de cocher ce qui convient)

Date

Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu | Date

Signature du médecin | Timbre du médecin

Adresse de l'assureur:
CSS, Centre de compétence Ass. spéciales, Case postale 2568, 6002 Lucerne

Procuration

Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation

Numéro client

Personne assurée

Prénom | Nom | Date de naissance

Rue, N° | NPA/Localité

Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Par la signature de ce formulaire, la CSS est autorisée, en tout temps, à communiquer à des médecins ou autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils, des renseignements, dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou bien à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements et documents nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance. Les instances impliquées sont, dans ces cas-là, déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS.

La personne soussignée a le droit de demander des renseignements au sujet du traitement des données qui la concernent. L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps

Entité juridique pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA, entités juridiques pour les assurances selon la LCA: CSS Assurance SA

Lieu | Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

Adresse de l'assureur:
CSS, Centre de compétence Ass. spéciales, Case postale 2568, 6002 Lucerne

Form. 11f-03.25-pdf