

# Notifica di degenza ospedaliera

## Assicurazione d'indennità giornaliera ospedaliera

Compili tutto il formulario come persona assicurata risp. come sua/suo rappresentante legale e lo invii all'indirizzo indicato sull'ultima pagina. Solo così potremo verificare il suo diritto alle prestazioni.  
 Su [css.ch/ospedaliera](http://css.ch/ospedaliera) troverà il formulario in questione e tutte le informazioni sul prodotto.  
 Ha delle domande? Il nostro Centro servizi clienti 0844 277 888 sarà lieto di esserle d'aiuto. 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 Clinica di riabilitazione

Nome della clinica

Via/N°

NPA/Località

#### 2.3 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  al  Data  Permanenza nel reparto cure intensive  al  Data

Permanenza nel reparto di riabilitazione  al  Data

#### 3.2 Motivo dell'ospedalizzazione

Diagnosi esatta e il codice ICD 10

#### 3.3 Considerazione

Quando è stata diagnosticata la **patologia**  per la prima volta? (Si prega di contrassegnare)

Quando è stato constatato per la prima volta l'**infortunio**?  (Si prega di contrassegnare)

Quando è stata accertata la **gravidanza**?  (Si prega di contrassegnare)

Data

### 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

**Firma dell'assicuratore:**

CSS, 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

**Firma dell'assicuratore:**

CSS, Centro di competenze Assicurazioni speciali, Casella postale 2568, 6002 Lucerna