

Conferma della limitazione nella gestione delle attività di economia domestica

Al fine di verificare la nostra partecipazione ai costi, ci occorre la conferma del suo medico. A tale proposito, la preghiamo di trasmetterci il presente modulo compilato dal suo medico.

Persona assicurata

Nome

Cognome

Numero cliente

Motivo del trattamento

Infortunio

Malattia

Maternità

Invalidità

Attività

Dipendente

Indipendente

Casalinga/o

Pensionata/o

Limitazione

Dal	Al	Percentuale?
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%

Importante: La durata e la limitazione in percentuale rappresentano dei campi obbligatori per poter verificare il nostro obbligo d'assunzione delle prestazioni.

Luogo

Data

Firma del medico

Timbro del medico

Inviare a:
CSS, Leistungsprüfung, Casella postale 2568, 6002 Lucerna