

Notifica di trattamento all'estero/malattia

Assicurato n.:

La invitiamo a compilare il presente modulo in maniera completa per garantire un'elaborazione rapida della pratica.

Informazioni sulla persona assicurata

Nome: _____ Cognome: _____

Via e n.: _____ NPA e località: _____

Telefono privato/mobile: _____ Telefono ufficio: _____

Mail: _____ Professione: _____

Data di nascita: _____

Agenzia ÖKK di riferimento: _____

Informazioni sull'assicurazione complementare (se disponibili)

Possiede un'assicurazione viaggi? sì no

Se sì, presso quale compagnia assicurativa (Indicare nome e indirizzo)?

Assicurazione n.: _____

Nome e cognome del contraente: _____

È assicurato/a contro malattie e infortuni presso altri assicuratori? sì no

Se sì, presso quale compagnia assicurativa (Indicare nome e indirizzo)?

Informazioni sul soggiorno all'estero

Motivo del soggiorno all'estero: vacanze lavoro residenza all'estero altro motivo

Durata del soggiorno pianificato: da _____ a _____

Informazioni sull'evento

Data: _____ Paese/Località: _____

Motivo del trattamento: malattia infortunio maternità (in caso di infortunio allegare modulo compilato)

A seguito di: emergenza visita di controllo trattamento successivo trattamento pianificato

Ha preso contatto con la nostra centrale di emergenza? sì no

Ha esibito la sua tessera di assicurato? sì no

In caso di risposta affermativa, ha contribuito alle spese mediche sul posto?

In caso di risposta negativa, perché non l'ha fatto?

Informazioni dettagliate sull'evento

Tipo di disturbo/diagnosi precisa: (se disponibile, allegare rapporto medico)

Tipo di trattamento: ambulatoriale presso medico/ospedale: da _____ a _____

stazionario in ospedale: da _____ a _____

Quali cure o misure mediche sono state effettuate nello specifico?

Quali farmaci le sono stati somministrati (indicare elenco completo dei farmaci assunti)?

Prima della partenza il disturbo menzionato era già presente? sì no

In caso di risposta affermativa, da quale specialista ha ricevuto l'ultimo trattamento in Svizzera?
(indicare nome e indirizzo)

Chi eseguirà le terapie successive in Svizzera?
(indicare nome e indirizzo)

È dovuto/a ritornare in Svizzera per motivi clinici? sì no

(in caso di risposta affermativa, allegare conferma di viaggio)

Data di rientro: _____

È sostenitore/sostenitrice della Rega? sì no

Costi

Totale fattura: (allegare giustificativo originale/ricevuta o addebito bancario)

in valuta estera:

in franchi svizzeri:

Osservazioni:

La invitiamo ad allegare le sue fatture. In caso di fatture non leggibili e/o in lingue straniere (eccezione: italiano, francese e inglese), le chiediamo di allegare una sintesi dei contenuti (traduzione) e di indicare gli importi corrispondenti delle fatture nella valuta nazionale.

La sottoscritta persona assicurata e/o il suo rappresentante legale dichiara di avere risposto in maniera veritiera alle domande sopra elencate. Inoltre, autorizza la nostra compagnia a raccogliere informazioni presso altri istituti assicurativi, medici, uffici di polizia o tribunali e autorizza questi ultimi a rilasciare informazioni.

Luogo e data:

Firma della persona infortunata/del rappresentante legale:
