



Questionario trattamento all'estero

Cognome: ..... Nome: .....
Via/n.: ..... NPA/Luogo:.....
Telefono: ..... E-Mail: .....
Data di nascita: ..... Assicurato/a n.: .....

1. In quale stato si è verificata la malattia/è avvenuto l'infortunio?

.....

2. Motivo del soggiorno all'estero:

- Ferie
Viaggio d'affari
Domicilio all'estero
altri motivi:

.....
.....
.....

3. Durata del soggiorno all'estero? dal ..... al .....

4. Tipo di malattia o di infortunio?

.....
.....
.....

5. Si tratta di

- una malattia improvvisa?
un infortunio?
un trattamento programmato?

6. Durata del trattamento

ambulatoriale dal ..... al .....
degenza ospedaliera dal ..... al .....

7. Quante e in quale valuta sono il costo del trattamento\*?

\*In caso di fatture in lingua straniera la preghiamo di allegare una breve distinta con le descrizioni e gli importi delle fatture (vedasi allegato). Questo ci aiuta a evitare ritardi nel trattamento

.....
.....
.....



### Questionario trattamento all'estero

- 8. Ha avuto contatto con il nostro servizio di assistenza?  sì  no
- 9. Soggiornare in un paese dell'UE/AELS  
Ha esibito la tessera sanitaria europea?  sì  no
- 10. Ha concluso un'assicurazione separata per ferie/viaggi?  sì  no  
Si, presso quale società? .....
- 11. Ha anche un'altra assicurazione malattia o infortuni?  sì  no  
Si, presso quale società (indirizzo preciso).....  
.....  
.....
- 12. Ha una copertura per i costi di guarigione?  sì  no  
Si, prego di specificare il numero di polizza: .....
- 13. Ha una copertura per i costi di ricerca, ricupero o rimpatrio  
(p. e. Lettere di credito ETI TCS, Carte di credito, Sostenitore REGA)?  sì  no
- 14. Numero di telefono per ulteriori domande  
Privato.....  
Ufficio.....

L'assicurato/a sottoscritto/a, risp. il suo rappresentante legale, dichiara di aver risposto alle domande in modo veritiero, autorizza inoltre l'assicuratore rispettivo del Gruppo Visana (Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Visana Assicurazione SA) a richiedere ad altri assicuratori, medici, autorità inquirenti e tribunali le informazioni necessarie per il chiarimento dell'obbligo di prestazione dispensando la stessa dall'obbligo di mantenere il segreto.

Luogo e data:.....

Firma dell'assicurato/a o del rappresentante legale  
.....



### Questionario trattamento all'estero

#### Da compilare dall'assicurato: la distinta dei costi

Date di trattamento	Fatturanti (medico, ospedale, ecc.)	Paese/ Nazione	Costi in valuta estera	Si prega di rispondere in caso di degenza in ospedale:
				<p>Quale reparto ospedaliero ha scelto?</p> <p><input type="checkbox"/> comune <input type="checkbox"/> semiprivato <input type="checkbox"/> privato</p> <p>Vive in comunione domestica con familiari?</p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>
Allegati:		Totale dei costi in valuta estera:		Totale dei costi in CHF:

Luogo e data: ..... Firma: .....