

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

Assura
Case postale 4
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Annuncio d'ospedalizzazione

Persona assicurata

Cognome

.....

Nome

.....

Polizza n°

.....

Contact

Preferisco essere contattato/a via E-mail Telefono

.....

E-mail

.....

Telefono

.....

Informazioni riguardanti l'ospedalizzazione

Natura dell'affezione

.....

Dovuta a Infortunio Malattia Parto

.....

Data dei primi sintomi | | | | | | | | | |

.....

Nome dell'istituto

.....

Scelta del reparto Generale Semiprivato Privato

.....

Data di entrata prevista | | | | | | | | | |

.....

Nominativo del medico curante

.....

Durata prevedibile del soggiorno | | | | giorni

.....

Informazioni complementari

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Al fine di garantire un tempo di trattamento ottimale, la preghiamo di inviare questo documento compilato in ogni sua parte all'indirizzo e-mail seguente: prest_hospit@assura.ch

Il/la sottoscritto/a assicurato/a o il/la suo/a rappresentante legale dichiara di aver risposto con precisione ed esattezza al presente questionario. L'assicurato/a autorizza Assura-Basis SA e Assura SA ad ottenere da altre assicurazioni, medici, istituzioni di polizia e giudiziarie, tutte le informazioni necessarie alla sua determinazione.

Data e luogo

.....

Firma

.....