

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

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