

# Questionario concernente le spese di cura durante un soggiorno all'estero

Per favore rispondere a tutte le domande

## Persona assicurata

(p.f. scrivere in maiuscolo e minuscolo, indicando eventuali accenti)

Cognome

Nome

Data di nascita  giorno  mese  anno

N. d'assicurato

E-mail

Telefono

Datore di lavoro - Nome / luogo

Nazionalità / permesso di soggiorno

### 1. Dove (luogo / nazione) si è ammalata/o, risp. ha subito l'infortunio?

### 2. Quanto tempo ha soggiornato all'estero? Data di partenza e (prevista) data di rientro

3. **Motivo del soggiorno all'estero**  su incarico\*  frontaliero\*  pensionato / rendita\*  studio  
 \* o membro di famiglia  altri   vacanze

4. **Motivo delle cure**  emergenza  visita di controllo  cure pianificate  check-up  
 Si è trattato di  malattia  infortunio

### 5. Genere di malattia o infortunio

Parte del corpo lesa   destra  sinistra  
  destra  sinistra

### 6. Durata del trattamento

ambulatoriale

stazionario\*

Nome ed indirizzo del medico o ospedale all'estero

\* con soggiorno notturno in ospedale

Nome ed indirizzo del medico o ospedale in Svizzera dove si è proseguita la cura

### 7. Elenco delle fatture pagate

Importo in valuta estera

Importo in CHF

Elenco delle fatture pagate	Importo in valuta estera	Importo in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Si è messa/o in contatto con la Centrale d'intervento e di soccorso SWICA (Medicall SA)?  sì  no

9. Ha stipulato presso un'altra compagnia un'assicurazione separata per vacanze e viaggi? (ad esempio: TCS supplemento per costi di guarigione, ELVIA Private Medical, Zurigo Relax, MobiTour, Intertours Winterthur, Basilese Medi Service SOS, Assicurazione Europea Viaggio, ecc.)  sì  no

Se sì, presso quale compagnia d'assicurazione? (Si prega di indicare il nome, l'indirizzo e il numero della polizza e di allegare una copia della stessa)

Ha annunciato l'evento a tale compagnia di assicurazione?  sì  no

Sono state corrisposte o si prevedono prestazioni in denaro?  sì  no

Se sì, si prega di indicare l'ammontare dell'importo CHF

10. È assicurata/o anche presso un'altra compagnia d'assicurazione contro l'INFORTUNIO e/o la MALATTIA?  sì  no

Se sì, presso quale compagnia d'assicurazione? (Si prega di indicare il nome, l'indirizzo e il numero della polizza e di allegare una copia della stessa)

Il caso è stato annunciato a tale assicurazione?  sì  no

11. È stata / stato in cura prima del soggiorno all'estero?  sì  no

Se sì, perché? (diagnosi / malattie)

Durata delle cure (dal / al)

Nome del medico / dell'ospedale

Se le cure non sono ancora concluse:

Ha informato il suo medico in merito al previsto viaggio all'estero?  sì  no

Se sì, quando?

12. Per le fatture illeggibili, rispettivamente in lingue straniere (altri caratteri) la preghiamo di allegare una traduzione ufficiale. SWICA può organizzare per lei la traduzione tramite un partner esterno. I costi ammontano per ogni caso e a seconda del paese ad almeno CHF 75.- IVA esclusa. Questi costi le vengono addebitati e dedotti poi in caso di eventuale rimborso da parte nostra.

Vuole ricorrere a tale servizio? In caso affermativo la informeremo in merito ai costi definitivi prima di impartire l'incarico di traduzione.

sì  no

#### Autorizzazione

La/il sottoscritta/o conferma di aver risposto in modo completo e veritiero alle domande summenzionate, e autorizza l'amministrazione della SWICA a raccogliere le informazioni necessarie per l'accertamento dell'obbligo di prestazione presso tutti i medici e tutto il personale medico-terapeutico, presso tutti gli enti ufficiali, presso tutte le altre compagnie d'assicurazione e presso il datore di lavoro, e libera espressamente questi ultimi dagli obblighi del segreto professionale nei confronti della SWICA.

#### Authorization

The undersigned herewith confirms that he / she has answered the above questions truthfully and in full. He / she authorizes SWICA to obtain locally the information needed for assessing payment obligations and examining invoices issued abroad from all medical personnel and medical therapists, all official departments, all other insurance companies and from the employer and expressly releases these persons and institutions from the obligation of professional secrecy with regard to SWICA. The full authorization relates to the facts mentioned in the questionnaire and may be revoked at any time by the undersigned.

In caso di giustificativi falsificati mi impegno a rimborsare a SWICA i relativi costi di accertamento e di elaborazione di Medicall.  
In the case of falsified receipts, I undertake to reimburse the costs of the SWICA Medicall system which are incurred for clarification and handling.

Località / Data  
Place / Date

Firma della persona assicurata o del suo rappresentante legale  
Signature of the insured person or his / her legal representative

Inviare per favore il modulo con la firma originale per posta o per e-mail.

Direzione regionale Basilea  
Centro di competenza estero  
Aeschenplatz 2  
Casella postale  
4010 Basilea  
[Auslandcenter@swica.ch](mailto:Auslandcenter@swica.ch)