

QUESTIONARIO CONCERNENTE LE SPESE DI CURA DURANTE UN SOGGIORNO ALL'ESTERO.

Per favore rispondere a tutte le domande.

PERSONA ASSICURATA

(scrivere in maiuscole e minuscole)

Cognome

Nome

N. d'assicurata/o SWICA

Data di nascita

(giorno/mese/anno)

E-mail

Telefono

(raggiungibile durante il giorno)

Datore di lavoro (nome/luogo)

Nazionalità

DOMANDE SULLE SPESE DI CURA

1. In quale luogo/Paese (estero) si è verificata/o la malattia/l'infortunio?

2. Durata del soggiorno all'estero? Data di partenza e di rientro (prevista)?

Osservazioni aggiuntive in merito al periodo del viaggio

3. Motivo del soggiorno all'estero su incarico* frontiera/o* pensionata/o (rendita)* studio vacanze

altri

* o membro di famiglia

4. Motivo delle cure

emergenza

cure pianificate

Si è trattato di ...

malattia

infortunio

5. Diagnosi

6. Tipo e durata del trattamento

Ambulatoriale	Inizio del trattamento	Fine del trattamento
Stazionario (con degenza in ospedale)	Inizio del trattamento	Fine del trattamento

È disponibile un rapporto medico? Sì No
Se disponibile, si prega di inoltrarlo a SWICA insieme al modulo.

Nome e indirizzo del medico curante

Nome e indirizzo dell'ospedale

7. Elenco delle fatture pagate

Le consigliamo di numerare le fatture/gli allegati e di usare la numerazione per la spiegazione.
(Dati riguardanti il medico, l'ospedale, la farmacia o altro; si prega di indicare l'importo in valuta estera e in CHF.)

Come ha pagato le fatture? La preghiamo di farci pervenire la conferma di pagamento.

Pagamento in contanti Pagamento con carta di credito Versamento bancario
Altro (quale?):

8. Si è messa/o in contatto con la centrale d'emergenza SWICA (Medicall SA)? Sì No

9. Altra copertura assicurativa

a) Ha stipulato presso un'altra compagnia un'assicurazione separata per vacanze e viaggi? Sì No
(ad esempio: TCS supplemento per spese di cura, ELVIA Private Medical, Zurich Relax, MobiTour, Intertours Winterthur, Basilese Medi Service SOS, Assicurazione Europea Viaggio ecc.)

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

Ha annunciato l'evento a tale compagnia di assicurazione? Sì No

b) 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.)

Ha annunciato l'evento a tale compagnia di assicurazione? Sì No

10. È stata/o in cura prima del soggiorno all'estero?	Si	No
Se sì, perché? (diagnosi)		
Durata del trattamento (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?	Si	No
Se sì, quando?		
Osservazioni aggiuntive in merito ai trattamenti prima del soggiorno all'estero		

11. Per le fatture illeggibili, rispettivamente in lingue straniere (altri caratteri) la preghiamo di allegare una traduzione ufficiale.

PROCURA

La persona assicurata conferma di aver risposto alle domande precedenti in modo completo e veritiero. Autorizza SWICA a raccogliere tutte le informazioni necessarie per la valutazione dell'obbligo di prestazioni e per il controllo delle fatture presso tutti gli enti ufficiali, pubblici e privati coinvolti, presso tutti i medici e il personale medico-terapeutico, presso le altre compagnie d'assicurazione e il datore di lavoro. Il personale medico viene liberato dall'obbligo del segreto e le restanti istanze da un'eventuale segreto professionale o d'ufficio. Nella stessa misura SWICA viene autorizzata a trasmettere alle istituzioni summenzionate tutti i documenti necessari per la valutazione dell'obbligo di prestazioni o a fornire loro informazioni. La procura si riferisce all'evento attuale avvenuto all'estero menzionato nel questionario e può essere revocata per iscritto. La persona assicurata cede a SWICA, nell'ambito delle prestazioni di quest'ultima, tutte le pretese nei confronti delle persone responsabili o di terzi aventi l'obbligo di prestazioni.

In caso di documenti falsificati mi impegno a rimborsare a SWICA le spese di chiarimento e di elaborazione che ne derivano.

Luogo/data

Firma della persona assicurata o della sua / del suo rappresentante legale

Direzione regionale Basilea
 Centro di competenza estero
 Aeschenvorstadt 56
 4051 Basilea
Auslandcenter@swica.ch

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / swica.ch

