

Questionario infortunio o malattia durante un soggiorno all'estero

Persona assicurata: _____

Data di nascita: _____

Domicilio: _____

Numero cliente: _____

Dove si è ammalato o infortunato (località e paese)?

Località:

Paese:

La preghiamo di indicare il motivo del suo soggiorno all'estero:

- ☐ Ferie
- ☐ Viaggio di lavoro
- ☐ Studio / scuola
- ☐ Lavoratore distaccato
- ☐ Secondo domicilio
- ☐ Per il trattamento medico
- ☐ Altri motivi: _____

Quale è/era la durata del suo soggiorno all'estero (data del viaggio di andata e di ritorno (previsto))?

Dal:

Al:

Si è cancellato dal registro comunale del paese di residenza?

- ☐ Sì
- ☐ No

La preghiamo di indicare il motivo del suo trattamento medico:

- ☐ emergenza
☐ trattamento pianificato
☐ infortunio

Quale diagnosi ha ricevuto?**In quale periodo si è svolto il trattamento?**

Ambulatoriale:

dal al

Degenza (pernottamento in ospedale):

dal al

Negli Stati dell'UE e dell'AELS: Ha potuto presentare la sua tessera europea di assicurazione malattia (TEAM). È stata accettata?

- ☐ Sì
☐ No

Se no, motivo:

Ha un referto medico?

- ☐ Sì. La preghiamo di inviarla insieme al modulo e ai documenti.
☐ No. N.B.: Sympany può richiederlo se necessario.

Quali trattamenti sono stati effettuati?

La preghiamo di fornirci i seguenti dati relativi al trattamento: fornitore di prestazione, tipo di trattamento, durata (ad es. consultazione di 10 minuti), importo della fattura.

In quale valuta estera sono state pagate la/le fattura/fatture?

Importo totale:

Valuta estera:

La preghiamo di allegare la/e fattura/e e la/e conferma/e di pagamento. In caso di fatture illeggibili o in lingua straniera, si prega di allegare un elenco del contenuto e degli importi della fattura.

Era già in cura per la stessa diagnosi o per gli stessi disturbi prima del soggiorno all'estero?

☐ Sì. La preghiamo di precisare la diagnosi e i dati relativi al trattamento.

☐ No

In caso di infortunio: La preghiamo di indicare i dettagli:

Data dell'infortunio

Tempo dell'infortunio

Corso dell'infortunio

Al momento dell'infortunio era occupato/a?

☐ Sì, ero

☐ impiegato/a

☐ apprendista

☐ No, ero

☐ indipendente

☐ senza attività lucrativa

☐ scolaro/a / studente

☐ pensionato/a AVS/AI

☐ stagista

Nell' infortunio è stata coinvolta una terza persona?

☐ Sì

In caso affermativo, la preghiamo di indicare il cognome, il nome, l'indirizzo, il codice postale e il luogo di residenza della persona coinvolta:

☐ No

Ha contattato la nostra centrale d'emergenza (Medicall AG)?

- ☐ Sì
☐ No

Ha stipulato un'assicurazione vacanze e viaggi separatamente?

(La preghiamo inoltre di indicare se tali prestazioni sono coperte dalla sua affiliazione al TCS o dal fornitore della sua carta di credito.)

- ☐ Sì, con la seguente società _____
☐ No

In caso affermativo, copre anche le spese mediche?

- ☐ Sì
☐ No

Dispone di un'assicurazione complementare per i costi di ricerca, salvataggio o rimpatrio?

- ☐ Libretto ETI
☐ Carta di credito
☐ REGA
☐ Altri _____

Confermo di aver risposto alle domande in modo completo e veritiero.

Con la mia firma autorizzo Sympany a richiedere a tutti gli assicuratori, ai fornitori di prestazioni, alla polizia e alle autorità giudiziarie coinvolte le informazioni necessarie per chiarire l'obbligo di prestazione.

Luogo e data

Firma