

# Formulario d'annuncio „Trattamento all'estero“

(Malattia / Infortunio)



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
www.aquilana.ch

## Formulario d'annuncio „Trattamento all'estero“ (Malattia / Infortunio)

Conformemente alle disposizioni di legge e contrattuali (Legge federale sull'assicurazione malattie LAMal / Condizioni generali delle assicurazioni CGA), le prestazioni assicurate in caso di trattamenti **all'estero** vengono erogate **solo in casi d'emergenza**. Si è in presenza di un'emergenza quando lei necessita, nel corso di un soggiorno temporaneo all'estero, di un trattamento medico per il quale non si ritiene appropriato un viaggio di ritorno in Svizzera. Affinché sia possibile da parte nostra accertare correttamente il suo diritto alle prestazioni la preghiamo di rispondere alle seguenti domande e di rinviarci questo formulario d'annuncio e il foglio annesso debitamente compilati, incl. **le fatture originali dettagliate** (le ricevute delle carte di credito o le ricevute provvisorie non sono sufficienti). Grazie!

### Dati personali

<b>Cognome</b>	_____	<b>Nome</b>	_____
<b>Data di nascita</b>	_____	<b>Nr. assicur.</b>	_____
<b>Via, Nr.</b>	_____	<b>NPA, Località</b>	_____
<b>Tel. privato</b>	_____	<b>Tel. ufficio</b>	_____

### Rispondere p.f. a tutte le domande

Dove (località / Paese) si è ammalato / a o ha subito un infortunio? \_\_\_\_\_

È o era in questo Paese per trascorrervi un periodo di vacanza?  sì  no

**Se no:**

altri motivi? \_\_\_\_\_

Tipo di malattia o di infortunio (**Diagnosi**)? \_\_\_\_\_

Prima del soggiorno all'estero, aveva già in corso un trattamento medico?  sì  no

**Se sì:**

per cosa? \_\_\_\_\_

presso chi? \_\_\_\_\_

da quanto tempo? \_\_\_\_\_

Ha stipulato un'assicurazione vacanze / viaggi separata?  sì  no

Dispone di un'altra assicurazione malattia, infortunio o per convenzione?  sì  no

**Se sì,** cpresso quale società (nome / indirizzo)? Nel caso fosse stata stipulata con Aquilana, allegare p. f. la copia della ricevuta di pagamento.

Ha già annunciato la sua partenza al suo Comune in Svizzera?  sì  no

Il / la sottoscritto / a dichiara con la presente di avere risposto alle precedenti domande in modo veritiero. Con la presente Aquilana viene espressamente autorizzata a richiedere, per l'accertamento dei diritti alle prestazioni, informazioni ad altri assicuratori, medici, ospedali, etc. come pure a uffici di polizia e giudiziari.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato / a o  
del rappresentante legale \_\_\_\_\_

**Allegato: Foglio annesso al formulario d'annuncio „Trattamento all'estero“**

# Foglio annesso

al formulario d'annuncio „Trattamenti all'estero“  
(Malattia / Infortunio)



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
www.aquilana.ch

Nr.	Norne e tipo dell'emittente della fattura (p. es. medico / ospedale)	Trattamento dal – al	Motivo del trattamento (Diagnosi)	Valuta	Importo
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Osservazioni supplementari: