

Annonce d'hospitalisation

Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par son représentant légal. Sur css.ch/hospitalisation, vous trouverez toutes les informations sur le produit ainsi que le formulaire nécessaire. Nous vous prions de compléter le formulaire et de nous le faire parvenir dans les meilleurs délais à l'adresse indiquée à la dernière page du formulaire en question. Sans vos informations, nous ne pouvons pas vérifier votre droit aux prestations. Nous vous remercions de votre coopération.

Avez-vous des questions? Notre Contact Center 0844 277 888 se fera un plaisir de vous répondre.

Numéro client

1 Renseignements généraux

1.1 Personne hospitalisée

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, N°

NPA/Localité

2 Hospitalisation

2.1 Hôpital

Nom de l'hôpital

Rue, N°

NPA/Localité

2.2 Médecin ayant ordonné l'hospitalisation

Prénom

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

3 A compléter et à confirmer par le médecin ayant ordonné l'hospitalisation ou par l'hôpital

3.1 Hospitalisation

Prénom

Nom

Numéro client

Admission à l'hôpital

Sortie de l'hôpital

Date

Date

Nombre définitif de jours d'hospitalisation

Séjour dans l'unité normale

Séjour dans l'unité de soins intensifs

Date

au

Date

au

3.2 Motif du séjour

Diagnostic précis e il ICD 10 code

3.3 Quand la maladie / l'accident / la grossesse a-t-elle(il) été constaté(e) pour la première fois? (Prière de cocher)

Date

3.4 Le patient a-t-il suivi un traitement médical pour l'affection précitée au cours des quatre dernières années?

Non

Oui, quand

Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu

Date

Signature du médecin

Timbre du médecin

Envoyer à:
CSS Assurance SA
Centre de compétence Ass. spéciales
Case postale 2568
6002 Lucerne

Procuration

Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation

Numéro client

Personne assurée

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, N°

NPA/Localité

Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Par la signature de ce formulaire, la CSS est autorisée, en tout temps, à communiquer à des médecins ou autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils, des renseignements, dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou bien à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements et documents nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance. Les instances impliquées sont, dans ces cas-là, déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS.

La personne soussignée a le droit de demander des renseignements au sujet du traitement des données qui la concernent. L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps

Entité juridique pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA, entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

Envoyer à:
 CSS Assurance SA
 Centre de compétence Ass. spéciales
 Case postale 2568
 6002 Lucerne