

Informazioni sull'intervento ambulatoriale

Data dell'intervento ambulatoriale coperto
dall'assicurazione di base:

Nome del medico, della clinica o dell'ospedale:

Motivo del trattamento / diagnosi:
(Campo non obbligatorio)

I dati forniti saranno trattati sotto la responsabilità di Helsana Assicurazioni integrative SA (casella postale, 8081 Zurigo) ai fini della verifica della fattura.

L'inoltro dei dati a terzi è escluso. Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili nella nostra dichiarazione sulla protezione dei dati consultabile su [helsana.ch/protezione-dei-dati](https://www.helsana.ch/protezione-dei-dati).

Il pagamento viene corrisposto dall'assicurazione malattia a favore della paziente/del paziente.

Confermo di aver letto il formulario e di averlo compilato correttamente / in ogni sua parte.

Luogo e data

Firma della persona assicurata
