

Conferma di trasferimento

Per assicurati Sanagate con assicurazione del medico di famiglia

Con la presente trasferisco la mia/il mio paziente

Nome

Cognome

Data di nascita

residente in

per la durata di massimo 6 mesi al seguente specialista

Nome

Cognome

Via, N°

NPA/Località

Data di trasferimento

Timbro e firma del medico di famiglia

N° cliente Sanagate

Firma paziente, ossia persona assicurata

La presente conferma di trasferimento deve essere **compilata e firmata dal medico di famiglia prima dell'inizio del trattamento** presso lo specialista o in ospedale. L'assicurato è tenuto a inviarla **immediatamente** a Sanagate via email o per posta:

Sanagate SA, Managed Care, casella postale 4020, 6002 Lucerna
managedcare@sanagate.ch

In mancanza della conferma di trasferimento, Sanagate non rimborserà i costi del trattamento dello specialista, né della degenza ospedaliera o del soggiorno di cure. Il presente documento si può scaricare da www.sanagate.ch/downloads