



Richiesta forfait per parto

Auguri per la nascita del Suo bambino

Gentile cliente,

Lei ha optato per il parto a casa, ambulatoriale in una casa del parto oppure in ospedale. Le madri che scelgono il parto ambulatoriale ricevono da Visana un forfait per parto.

L'ammontare del forfait si basa sulla stipulazione delle seguenti assicurazioni complementari:

| | |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Ospedale Flex | CHF 500.– |
| Ospedale Flex Plus | CHF 1500.– (nessun forfait per parto in caso di parto in ospedale) |
| Ospedale semiprivato | CHF 1000.– |
| Ospedale privato | CHF 1500.– |

Alla pagina seguente trova la richiesta per il forfait per parto. La preghiamo di compilarla e farla confermare dall'ospedale, dalla casa del parto, dal medico o dall'ostetrico/a. Invi la richiesta debitamente compilata al centro prestazioni competente, oppure ancora più semplicemente fotografati la richiesta tramite Visana App e ce la inoltri direttamente.

Il forfait per parto sarà corrisposto in aggiunta alle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria di base secondo la LAMal. Il diritto a tale prestazione cade in prescrizione dopo due anni. La Sua agenzia è a Sua completa disposizione ed è lieta di fornirle tutte le risposte necessarie.

Visana augura a Lei e al Suo bambino ogni bene, di trascorrere momenti sereni e di godere sempre di buona salute.

Richiesta forfait per parto

Persona assicurata (madre)

| | |
|--------------------------|-----------|
| Cognome | Nome |
| Via/n. | NPA/luogo |
| Telefono | E-mail |
| N. d'assicurato/a Visana | |

Parto ambulatoriale/Parto a domicilio di

| | |
|-----------------|-------------------------------------------------------------|
| Cognome bambino | Nome bambino |
| Data di nascita | <input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/> Maschio |

Dove è avvenuto il parto? A casa In una casa del parto In ospedale

Confermato da: Ospedale Casa del parto Medico Ostetrico/a

Luogo/data, firma e timbro

Firma della richiedente

| | |
|------------|----------------------------------------------------|
| Luogo/data | Incollare qui l'etichetta assicurativa della madre |
| Firma | |