

MODULO DI RICHIESTA APERTURA PRATICA PER MALATTIA/INFORTUNIO

Medici di Assistenza Primaria – polizza n. 81301025

(si raccomanda di compilare il presente modulo in modalità digitale oppure in stampatello leggibile. I moduli ritenuti illegibili verranno cestinati)

L'Assicurato deve comunicare l'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera, e la sostituzione con altro medico, entro dieci (10) giorni dall'inizio della malattia stessa, ovvero dalla dimissione dall'Istituto di Cura, ovvero da quando comunque ne abbia avuto la possibilità (con la prova dell'impossibilità) (art. A3 del Normativo di Polizza)

Ai sensi e per gli effetti del combinato disposto di cui agli articoli 19 e 46 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, il sottoscritto dichiara:

DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, dott./dott.ssa

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ provincia _____ il _____ cod. fisc. _____

residenza (piazza/via) _____ n° _____ C.A.P. _____

città _____ prov. _____

cellulare _____ telefono _____

e-mail _____ e-mail pec _____

Medico titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato/provisorio (cancellare la dizione che non interessa) convenzionato con il S.S.N. Asl _____ di _____

la propria inabilità temporanea assoluta allo svolgimento delle attività professionali nell'ambito della medicina generale come regolamentate dall'ACN di categoria vigente

che il sinistro è senza ricovero e che conseguentemente sono trascorsi almeno 15 giorni dalla chiusura di ogni precedente periodo di malattia/infortunio per il quale sia stato richiesto il rimborso

ovvero che trattasi di primo sinistro in assoluto

Ha subito un ricovero: con pernottamento in Day Surgery in Day Hospital in Day Hospital oncologico

Richiede l'apertura della seguente pratica: malattia infortunio infortunio con grave traumatismo

DICHIARAZIONI

Dichiara che la malattia/infortunio ha avuto inizio, e conseguentemente di essersi assentato dal lavoro per malattia/infortunio, dalla data: ____/____/____ e che, da tale data è stato sostituito dal/dalla dott./dott.ssa _____

Dichiara che durante il periodo di sostituzione sarà reperibile al seguente indirizzo:

Piazza/Via _____ città _____ prov. _____

DANNO DA INFORTUNIO

Dichiara che l'infortunio è avvenuto: durante l'attività lavorativa al di fuori dell'attività lavorativa

In data: ____/____/____ alle ore _____ in (indicare luogo) _____

Riportare una descrizione chiara e circostanziata delle modalità di accadimento dell'infortunio con particolare riferimento alle cause che lo hanno prodotto e alle immediate conseguenze: _____

Al fine di consentire l'apertura della pratica di malattia/infortunio, così come richiesto dagli art. A3, B16 e C2 delle condizioni di polizza, il sottoscritto allega alla presente denuncia copia della seguente certificazione:

- 1) L'informativa Privacy allegata debitamente sottoscritta
- 2) Copia del certificato medico con diagnosi e prognosi attestante l'inabilità temporanea assoluta allo svolgimento dell'attività professionale e riportante la data d'insorgenza e/o di prima diagnosi o copia del certificato di ricovero in Istituto di Cura con date d'ingresso e dimissioni in caso di: malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti ricovero in Istituto di Cura, Day Hospital con intervento chirurgico, Day Hospital per malattia oncologica anche senza intervento chirurgico; malattia e/o malattia in gravidanza che comporti ricovero in Day Hospital per prestazioni diagnostiche invasive: amniocentesi, endoscopie con biopsia, biopsie, coronarografie, eliminazione dei calcoli renali attraverso bombardamento/laser; infortunio senza ricovero che abbia per conseguenza un grave traumatismo (immobilizzazioni e/o gessatura superiori a 40 giorni).
- 3) IN CASO DI GRAVE TRAUMATISMO, OLTRE AL CERTIFICATO DI INIZIO MALATTIA DI CUI AL PRECEDENTE PUNTO 2), L'ASSICURATO DOVRÀ PRODURRE DICHIARAZIONE – CORREDATA DI REFERTO RADIOLOGICO – RILASCIATA DA ISTITUTO DI CURA O DAL MEDICO CHE HA PRESTATO IL PRIMO SOCCORSO CHE ATTESTI L'IMMOBILIZZAZIONE.

N.B.: ATTENZIONE L'IMMOBILIZZAZIONE DEVE RISULTARE PER UN PERIODO CONTINUATIVO DI ALMENO 40 GIORNI (Art. A3)

Attenzione! Non inviare i documenti in originale, poiché la documentazione non verrà restituita.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINI ASSICURATIVI DELLE PERSONE FISICHE

(art. 13 D.Lgs. 196/2003 – Codice Privacy)

La informiamo che Generali Italia S.p.A., Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi (1) (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa (2).

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero (3). I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 di Generali Italia S.p.A.: *Privacy, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto TV – tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235 – privacy.it@generali.com.*

Sul sito di Generali Italia S.p.A. troverà l'elenco aggiornato delle informative dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento autorizzo il trattamento dei dati personali, sanitari e sensibili – da parte di Generali Italia S.p.A., la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

_____ (luogo e data)

_____ (Nome e cognome leggibile)

_____ (Firma)

NOTE:

- 1) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
- 2) Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti e altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
- 3) Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignorari, vincolari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi/consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.