

MODULO DI RICHIESTA APERTURA PRATICA PER MALATTIA/INFORTUNIO

Medici di Assistenza Primaria – polizza n. 81301025

(si raccomanda di compilare il presente modulo in stampatello)

DATI PERSONALI

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 convenzionato con la Asl _____ di _____

Ai sensi e per gli effetti di cui al combinato disposto degli 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 di:

Non svolgere altri incarichi in convenzione

Svolgere anche attività di Continuità Assistenziale

Dichiara inoltre:

La propria inabilità temporanea assoluta allo svolgimento delle attività professionali SI NO

Nel caso di malattia o infortunio recente senza ricovero che sono trascorsi almeno 15 giorni dalla chiusura di ogni precedente periodo di malattia per il quale sia stato richiesto il rimborso SI NO

Ricovero con pernottamento Day Surgery Day Hospital Day Hospital oncologico

Richiede l'apertura della seguente pratica: 30 gg. malattia 30 gg. infortunio

DICHIARAZIONI

Dichiara di essersi assentato dal lavoro per malattia/infortunio dalla data: ____/____/____

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 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).

