

# **MODULO DI RICHIESTA APERTURA PRATICA PER MALATTIA/INFORTUNIO**

Medici di Continuità Assistenziale e Emergenza Sanitaria Territoriale – polizza n. 813012066

(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 Assistenza Primaria

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 ripresa dell'attività con effettuazione di almeno un turno completo SI  NO

Ricovero con pernottamento  Day Surgery  Day Hospital  Day Hospital oncologico

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

## **DICHIARAZIONI**

Dichiara di essersi assentato dal lavoro per malattia/infortunio extraprofessionale dalla data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Piazza/Via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

## **DANNO DA INFORTUNIO**

Dichiara che l'infortunio è avvenuto al di fuori dell'attività lavorativa come medico di continuità assistenziale/emergenza sanitaria territoriale **(infortunio extra professionale)**.

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/Day Hospital in Istituto di Cura con data d'ingresso e dimissioni in caso di: malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extraprofessionale che comporti ricovero/Day Hospital in Istituto di Cura.

**Al termine del periodo di malattia, o trascorsi i primi trenta giorni, dovranno essere inviati i seguenti documenti necessari per concludere la pratica:**

- 1) Copia del certificato/i successivo/i al primo a copertura dell'intero periodo di inabilità senza soluzione di continuità;
- 2) La dichiarazione di tutti i turni assegnati nel mese o nei mesi di assenza (copia del calendario turni rilasciato dalla A.S.L.);
- 3) la dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. al termine del periodo di assenza o trascorsi i primi trenta giorni che attesti:
  - data conferimento incarico con durata e numero delle ore conferite;
  - il periodo di assenza per malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extraprofessionale;
  - le ore assegnate e non effettuate nel periodo di assenza;
  - l'assegnazione dei turni ad altro/i sanitario/i con indicazione del/i nominativo/iNel caso in cui le ore conferite dovessero superare il limite settimanale previsto dalla contrattazione collettiva, la dichiarazione della A.S.L. dovrà attestare l'avvenuto regolare versamento della quota assicurativa dello 0,72% anche sulle ore eccedenti;
- 4) la fotocopia, con diritto di richiesta di esibizione degli originali, delle distinte dei pagamenti ricevuti dalla Asl relativi ai tre mesi antecedenti la malattia/infortunio;
- 5) copia del certificato di avvenuta guarigione riportante la data della guarigione, l'esistenza o meno di postumi invalidanti e la data di ripresa lavoro oppure copia del certificato di continuazione della malattia/infortunio;
- 6) **solo in caso di doppio incarico:** dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. di assenza per malattia per tutti gli incarichi ricoperti

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

**CODICE IBAN PER L'ACCREDITO DELL'EVENTUALE RIMBORSO (27 CARATTERI):**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(I dati di cui sopra devono essere verificati presso la propria banca ed **indicati chiaramente**. Nel caso in cui i dati non risultassero corretti o leggibili, le procedure di pagamento potranno essere ritardate).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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 Marocchesa 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 Lei autorizza il trattamento dei dati personali – eventualmente anche 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, pignoratari, vincolatari; 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.