Richiesta della prestazione assicurativa

Il formulario **«certificato medico per degenza ospedaliera stazionaria»** deve essere compilato dal Suo medico curante e poi rispedito al seguente indirizzo:

Generali Assicurazioni per persone SA
Dr. med. Didier Lohner
Dipartimento LP-NBC-C
Casella postale 1040
8134 Adliswil 1

La preghiamo di voler compilare dettagliatamente, sottoscrivere e poi rispedire **il formulario per la richiesta della prestazioni assicurative.** La chiediamo anche di inviarci una copia del suo documento d'identità (compresa la sua firma).

Indirizzo:
Generali Assicurazioni per persone SA
Dipartimento LP-NBC-C
Soodmattenstrasse 10
8134 Adliswil 1

Sussiste altresì la possibilità di procedere ad un regolamento telefonico per un'ospedalizzazione dalla durata massima di 14 giorni. A tal fine voglia cortesemente tener a portata di mano le informazioni sottoelencate e prender contatto telefonico con noi non appena la degenza ospedalierà sarà terminata. La informeremo poi direttamente per via telefonica se possiamo regolare il caso telefonicamente, o se si rendesse necessaria la richiesta di ulteriore documentazione medica al fine di valutare il Suo caso

- Date della degenza ospedaliera
- Nome e ubicazione dell'ospedale
- Nome e luogo d'esercizio del Suo medico di famiglia
- Diagnosi
- Riferimenti riguardo il conto bancario o postale
- tutte le sue nazionalità
- nazione di nascita

Certificato medico per degenza ospedaliera stazionaria

Persona assicurata _____ Data di nascita: _____

Polizza No _____

1. Durata della degenza ospedaliera: dal _____ al _____

2. Nome dell'ospedale: _____

Reparto _____

Sala di rianimazione? Se sì: dal _____ al _____

3. Causa della degenza ospedaliera? Diagnosi esatte (ICD Codes):

4. Da quando il paziente è a conoscenza della diagnosi principale? _____

5. Concisa descrizione circa l'inizio, il decorso e le conseguenze della malattia; in caso d'infortunio, causa e conseguenze del medesimo.
Quali diagnosi collaterali hanno avuto rilevanza per la degenza ospedaliera?

6. Quando è stato consultato un medico per la malattia causa della degenza ospedaliera (indicare il nome del medico)?
(Accertamento, diagnosi, controllo, terapia consigliata o altra terapia alternativa consigliata dal medico).

Prima consultazione: _____

ultima consultazione: _____

Nome: _____

7. Medico che ha ordinato l'ospedalizzazione (indirizzo):

_____

8. Presso quale medico/ospedale viene continuato il trattamento?

_____

_____ _____

Luogo e data Timbro e firma del medico

L'onorario per il presente certificato è a carico dello stipulante.

Richiesta di prestazioni assicurative
per indennità ospedaliera

Persona assicurata

Polizza/e n. _____

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Nazione di nascita _____

Tutte le nazionalità _____

Indirizzo _____

E-Mail _____

Telefono privato _____ Telefono mobile _____

Telefono ufficio _____ N. AVS. _____

Dove effettuare il pagamento?

Conto postale/bancario no. _____

Nome/Indirizzo Posta/Banca _____

IBAN _____

Conto intestato a _____
(Nome ed indirizzo)

Si prega di notare che i pagamenti a una persona diversa dallo stipulante non sono possibili.
Eccezione: conti correnti in cui lo stipulante è uno dei 2 titolari di un conto*.

*Se si tratta di un conto di questo tipo, necessitiamo anche una copia del documento d'identità (compresa la firma) del secondo titolare del conto e i suoi dati della nazione di nascita e tutte le sue nazionalità.

1. Motivo del ricovero

(breve descrizione della malattia o dell'incidente)

2. Quando ha scoperto di essere malato / quando è avvenuto l'incidente?

Data: _____

3. Quando è ricorsa kper la prima volta ad un medico a causa della Sua malattia o dell'incidente?

Data: _____

4. Quale medico ha ordinato il ricovero?

Nome ed indirizzo esatto _____

_____

5. Chi è Suo medico di famiglia?

Nome ed indirizzo esatto _____

_____

6. Vi sono altri medici che La curano?

Nome ed indirizzo esatto _____

_____

7. Quale è il nome della Sua cassa malati ed a quale sezione appartiene?

_____

8. Ha già avuto precedentemente qualche consultazione medica inerente la malattia attuale oppure correlata a questa

☐ Si ☐ No

9. Negli ultimi 5 anni é stato/a comunque sotto controllo medico?

☐ Si ☐ No

Qualora avesse risposto in maniera affermativa alla domanda no. 8 opure no. 9 La preghiamo di darci maggiori indicazioni (date delle consultazioni, motivo, durata del trattamento, nome, cognome ed indirizzo del medico)

10. Inizio della degenza

Fine della degenza: _____

Oppure indicare: _____

indicare all'incirca la durata: _____

Nome et indirizzo dell'ospedale: _____

La preghiamo di rispondere alla seguente domanda solo qualora è assicurata con un DUO BARGELD HOSPITAL PLAN:

Richiede il doppio pagamento della prestazione sulla base di una malattia grave secondo l'art. 4 delle condizioni generali di contratto? ☐ Si ☐ Non

Si prega di allegare una copia del documento d'identità (compresa la sua firma).

Luogo e date	Firma della persona assicurata	Firma del contraente dell'assicurazione (solo se non si tratta medesima persona)

La legge federale sulla protezione dei dati (LPD) prevede un obbligo di informazione in caso di raccolta di dati personali degni di particolare protezione. In modo particolare si deve indicare lo scopo per cui vengono trattati. Per il trattamento di questi dati personali è necessaria l'esplicita autorizzazione della persona coinvolta.

Affinché si possano raccogliere i documenti necessari al fine di esaminare e chiarire il diritto alla prestazione assicurativa, La preghiamo di voler sottoscrivere e poi rispedire a noi la presente procura

Generali Assicurazioni per persone SA si obbliga ad utilizzare in modo confidenziale le informazioni così ricevute. Nell'ambito dell'istruzione del suddetto dossier, in modo particolare per l'esame del diritto alla prestazione assicurativa, la Compagnia è autorizzata a trattare i dati personali del/la sottoscritto/a

Procura

Il/la sottoscritto/a esonera gli ospedali, i dottori, gli psicologi, i terapeuti o altre persone con formazione medica, datori di lavoro, assicurazioni vita, infortunio e malattia, casse malati, assicurazioni di invalidità e la SUVA/INSAI , ma anche terze persone, **in rapporto con le informazioni relative all'evento sopravvenuto,** dall'osservanza del segreto professionale e rispettivamente dall'obbligo di riservatezza nei confronti di Generali Assicurazioni per persone SA ed autorizza a rendere note tutte le informazioni necessarie e di prendere visione degli atti richiesti per l'esame del dossier, in modo particolare per la valutazione del diritto alla prestazione assicurativa.

Con la presente procura autorizzo espressamente Generali Assicurazioni per persone SA a rendere noti i dati ed i documenti medici nell'ambito richiesto ad altri assicuratori, alle compagnie di riassicurazione, ai periti ed a richiedere informazioni a questi e/o a terzi.

Luogo e date	Firma della persona assicurata	Firma del contraente dell'assicurazione (solo se non si tratta medesima persona)