

# Richiesta della prestazione assicurativa

Il formulario «**certificato medico per cure a domicilio (tariffa SX)**» deve essere compilato dal Suo medico curante e poi rispedito al seguente **indirizzo**:

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

La preghiamo di voler compilare dettagliatamente, sottoscrivere e poi spedire **il formulario per la richiesta della prestazione assicurativa così e la procura**. Non dimentichi cortesemente di accludere gli allegati esplicitamente richiesti. In particolare, le 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

### Certificato medico per cure a domicilio (tariffa SX)

Persona assicurata : \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Numero di polizza: \_\_\_\_\_

Le prestazioni assicurate vengono corrisposte solo se è possibile evitare od abbreviare le cure presso un ente ospedaliero. L'indennità pattuita verrà pagata per ogni giorno per il quale un attestato medico confermerà, che senza le cure domiciliari la persona assicurata avrebbe dovuto essere inevitabilmente ricoverata all'ospedale. Le cure per persone anziane, inferme o sofferenti di malattie croniche non sono assicurate.

#### 1. Le cure a domicilio hanno evitato o abbreviato un soggiorno in un ospedale o in un analogo istituto?

Sì     No

Se sì, di quanti giorni? \_\_\_\_\_ giorni      Inizio: \_\_\_\_\_

Motivo:

Chi ha seguito i trattamenti medici? \_\_\_\_\_

#### 2. Anamnesi ed evoluzione del caso:

#### 3. Il/la paziente è stato/a precedentemente ospedalizzato/a?

Sì     No

Se sì, indicare il nome dell'ospedale:: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_ Durata: \_\_\_\_\_

#### 4. Quando è stata diagnosticata e curata per la prima volta la malattia che ha reso necessarie le cure a domicilio?

**5. La stessa malattia è stata già curata da altri medici?**

Sì     No

Se sì, da quali (indirizzo)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se sì, quando: \_\_\_\_\_

**6. Osservazioni:**

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data:

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del dottore:

Le spese del presente certificato sono a carico del paziente.

**Si prega di rispedire questo formulario al seguente indirizzo:**

GENERALI Assicurazioni per persone SA

Dr. med. Didier Lohner

Dipartimento LP-NBC-C

Casella postale 1040

8134 Adliswil

# Richiesta di prestazione

## per cure a domicilio (Tariffa SX)

Generali Assicurazioni per persone SA  
New Business & Claims  
Soodmattenstrasse 10  
Caselle postale 1040  
8134 Adliswil 1

### Persona assicurata

N. polizza \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Nazione di nascita \_\_\_\_\_  
Tutte le nazionalità \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefono privato \_\_\_\_\_ Telefono mobile \_\_\_\_\_  
Telefono ufficio \_\_\_\_\_ No AVS \_\_\_\_\_

### Dove effettuare il pagamento?

No conto postale/bancario \_\_\_\_\_  
Nome/Indirizzo della 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. Chi Le presta le cure mediche extra ospedaliere?**

(per esempio: infermieri comunali, associazioni o organizzazioni per cure a domicilio, ecc ...)  
La preghiamo di fornirci le più ampie precisazioni in merito.

---

---

**2. Quali mansioni ha svolto il personale in oggetto? ?**

(per esempio: cure igieniche personali, aiuto nel vestire, trattamenti come medicazione di ferite, iniezioni, ecc ...)

---

---

**3. Quanto è stato il tempo impiegato per lo svolgimento delle mansioni indicate?**

\_\_\_\_\_ ore

**4. La preghiamo di allegare una copia del rapporto di lavoro e delle fatture emesse per le cure mediche a domicilio.**

**5. Oltre alle cure indicate è stato necessario anche un ulteriore aiuto domestico?**

Sì     No

Se sì da chi? \_\_\_\_\_

**6. Ha avuto una rendita dall'assicurazione invalidità sociale o ha richiesto prestazioni all'ufficio invalidità sociale?**

Sì     No

Se sì quando e in che percentuale? \_\_\_\_\_

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

---

Luogo e data

Firma della persona assicurata

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

# Procura

Polizza/e n: \_\_\_\_\_ Dipartimento: LP-NBC-C \_\_\_\_\_

Persona assicurata: : \_\_\_\_\_

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.**

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 ed altre istituzioni, come casse pensioni, riassicurazioni, ma anche terze persone (come ad esempio il datore di lavoro), **in rapporto con le informazioni relative all'evento sopravvenuto**, dall'osservanza del segreto professionale e rispettivamente dall'obbligo di riservatezza nei confronti della Generali Assicurazioni per persone SA ed autorizza a rendere note tutte le informazioni necessarie e di prendere visione degli atti nonché tutte le informazioni inerenti i progetti di decisione e le decisioni susseguenti per la valutazione del dossier, in modo particolare per la valutazione del diritto alla prestazione assicurativa.

Con la presente procura autorizzo espressamente la 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 Data

\_\_\_\_\_  
Firma