

Documentazione da presentare per la denuncia di sinistro in caso di:
Malattia Grave

1. Modulo di denuncia - malattia grave (MG) (allegato alla presente);
2. Modulo di relazione medica - malattia grave (MG) (allegato alla presente);
3. Cartella clinica relativa al ricovero occorso all'assicurato relativa alla prima diagnosi di patologia
4. Certificato del medico curante attestante la prima data diagnosi della patologia
5. Modulo consenso trattamento dati personali comuni e sensibili (Legge 196/03) (allegato alla presente).

Ti ricordiamo di verificare la correttezza dei dati inseriti, indicando nei moduli di denuncia con la massima esattezza il numero di contratto e la data di decorrenza della copertura assicurativa.

Precisiamo che tale richiesta di documenti non implica alcun riconoscimento e lascia salvi ed impregiudicati tutti i nostri diritti. Le ricordiamo infine che, ai sensi dell'art. 2952, c. 2 Cod. Civ., qualsiasi diritto si prescrive passati due anni dalla data del fatto.

RELAZIONE MEDICA - CASO MALATTIA GRAVE (RM-MG)
(da compilarsi da parte del medico curante o, in mancanza, dal medico che ha constatato la malattia grave)

DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:	
NOME: _____	COGNOME: _____
LUOGO DI NASCITA: _____	DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COD. FISC.: <input type="text"/>
INDIRIZZO: _____	CAP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
COMUNE: _____	PV: _____

Data della prima diagnosi della malattia grave:

Indicare se la malattia grave è: Cancro Ictus Infarto Insufficienza renale cronica

Intervento chirurgico da malattia dell'arteria coronarica Trapianto dei principali organi

Altro (indicare la malattia grave): _____

Era Lei il medico curante dell'Assicurato prima della malattia grave? SI NO

Se SI, indichi la data in cui l'Assicurato è divenuto suo paziente:

Se NO, potrebbe indicarci nome, cognome ed indirizzo del medico curante? _____

E' in grado di dire se l'Assicurato ha consultato altri medici? SI NO

Se SI, potrebbe indicarcene il nome, cognome ed indirizzo? _____

SINTOMATOLOGIA, EVOLUZIONE E TERAPIE SOMMINISTRATE PER LA CURA DELLA MALATTIA GRAVE:

Che sintomi presentava l'Assicurato prima della malattia grave? _____

Quali sono state le tappe evolutive della malattia? _____

Descriva la natura ed il risultato di eventuali terapie somministrate per la cura della stessa: _____

Ritiene che la malattia possa essere stata causata da AIDS o sindrome avente sintomi affini? SI NO

Se SI, perché? _____

In base ai sintomi osservati ed ai dati anamnestici, a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio della malattia?

Data di inizio presunta (mese/anno):

Data della prima diagnosi della malattia (giorno/mese/anno):

La diagnosi della malattia fu confermata da altri medici?

SI NO

Se SI indicare nome, cognome ed indirizzo dei medici e periodo in cui furono consultati:

Indichi se il paziente è stato sottoposto a terapie o controlli medici a casa o in ospedale:

Esistevano condizioni patologiche preesistenti alla malattia grave?

SI NO

Se SI, specificare quali:

Esiste un nesso causale diretto o indiretto fra la malattia grave e le precedenti?

SI NO

O queste ultime ne hanno solamente aggravato il decorso?

SI NO

Ritiene che avrebbero potuto, da sole, provocare la malattia grave?

SI NO

La malattia grave ha comportato una interruzione del lavoro?

SI NO

Se SI, indichi se trattasi di:

Invalidità permanente: Totale Parziale %
Inabilità temporanea: Totale Parziale %

Indicare la data di inizio dell'Invalidità/Inabilità:

Quali altre informazioni ritiene utile fornirci?

Il medico

Data:

Firma _____

Domicilio _____

Timbro

Telefono _____

¹ Per "particolari categorie di dati personali", ai sensi della normativa vigente, si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute dell'interessato, dati biometrici, nonché l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, la vita sessuale e i dati giudiziari.

² In particolare, alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di Nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita, alla gestione di prodotti assicurativi e al supporto nella valutazione dei sinistri, inclusa la prevenzione e gestione di frodi assicurative e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, tutori, curatori, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; società specializzate nell'analisi digitale dei documenti assicurativi per finalità antifrode (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, pubbliche Autorità.

RICHIESTA DISPOSIZIONE BONIFICO

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____
Indirizzo _____
Città _____ C.A.P. _____ Provincia _____
Tel. casa _____ Tel. lavoro _____
Nr. documento di identità _____

- COMUNICA LE SEGUENTI COORDINATE BANCARIE SULLE QUALI EFFETTUARE L'EVENTUALE RIMBORSO:

CODICE FISCALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
INTESTATARIO CONTO | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
IBAN | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
(27 caratteri alfanumerici)
BANCA DI APPOGGIO | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
INDIRIZZO DELLA BANCA | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
CODICE SWIFT (o BIC) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
(da 8 o da 11 caratteri alfanumerici)

DATA ____/____/____

FIRMA _____