

Allegato 3

Modulo richiesta di presa in carico diretta

Modulo di richiesta di preattivazione/autorizzazione di prestazioni sanitarie nel *Network* convenzionato

Il presente modulo, interamente compilato e sottoscritto, va inoltrato a mezzo mail all'indirizzo info.medicare@assirete.com oppure tramite fax al nr. 06-97626007

Leggere l'informativa Privacy ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei *Dati personali* e sensibili.
In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Dati anagrafici del *Contraente*

Cognome e Nome _____
Cod. Fiscale/P.IVA _____ Luogo e data di nascita _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
Nr di *Polizza* _____ Intermediario ass.vo _____

Dati anagrafici della persona assicurata (se diversa dal *Contraente*)

Cognome e Nome _____
Cod. Fiscale/P.IVA _____ Luogo e data di nascita _____

Prestazioni di ricovero:

- Ricovero con *Intervento chirurgico* Ricovero senza *Intervento chirurgico*
 Day Hospital con *Intervento chirurgico* *Intervento chirurgico ambulatoriale*
 Parto spontaneo Parto cesareo

Struttura sanitaria convenzionata scelta _____ Provincia _____
Data prevista per la prestazione/*Ricovero* _____ / _____ / _____
Tipologia di *Intervento chirurgico* _____
Nominativo del chirurgo _____

ATTENZIONE

Si ricorda che per le prestazioni di *Ricovero* è obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, il certificato medico indicante la diagnosi di *Malattia* accertata o presunta (ATTENZIONE: IL MEDICO DEVE SEMPRE SPECIFICARE LA DATA IN CUI LA PATOLOGIA E' STATA DIAGNOSTICATA LA PRIMA VOLTA), la prestazione richiesta, a mezzo fax al numero 06/97626007 oppure tramite mail all'indirizzo info.medicare@assirete.com, almeno 3 giorni (lavorativi) prima della data prevista per la prestazione/*Ricovero*. Nei casi di conclamata urgenza (così come da certificato allegato) il preavviso non è dovuto.

Perché il servizio di pagamento in forma diretta possa essere erogato, è necessario che sia la struttura sanitaria sia lo staff medico e chirurgico abbiano aderito alla Convenzione ed accettato le relative condizioni economiche. In caso contrario, le spese relative all'Equipe chirurgica rimarranno a carico dell'*Assicurato* che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta.

Consenso al trattamento dei dati

Io sottoscritto/a, letta l'Informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo nr 2016/679 ricevuta in occasione della sottoscrizione del contratto, nonché disponibile all'interno della sezione privacy del sito www.zurich.it, presto il mio consenso al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità assicurative di cui al punto 2) dell'Informativa.

Nome e Cognome del Titolare _____ Nome e Cognome dell'Assicurato _____
(se diverso dal Titolare)
Data _____ Firma dell'Assicurato* _____

* Per i minori è richiesta la firma di chi esercita la responsabilità genitoriale