

Note importanti

Assicurazione costi fissi

Che cosa deve fare per far valere il Suo diritto alle prestazioni?

- 1° passo: **Compili e firmi la parte A** del presente modulo.
- 2° passo: Faccia compilare dal suo medico curante la **parte B**.
- 3° passo: **Aggiunga** i documenti sottoindicati.
- 4° passo: Ci **invii** cortesemente le parti A + B complete e firmate, vi aggiunga i documenti necessari e ci **spedisca** il tutto, altrimenti il suo sinistro non potrà essere preso in esame.

Quali documenti sono richiesti?

- Parte A** del presente modulo interamente compilata e firmata
- Parte B** del presente modulo interamente compilata e firmata
- copia del **rapporto d'incidente** / del **verbale della polizia**, se l'incapacità lavorativa / l'ospedalizzazione è stata provocata da un incidente
- se dovesse incaricare un'altra persona a occuparsi delle Sue faccende con l'assicurazione ci invii **una delega**

Per operai e impiegati

- copia del **contratto di lavoro** valido al momento della stipulazione del contratto assicurativo

Per lavoratori indipendenti

- copia dell'**iscrizione nel registro di commercio**

Ci permetta di ricordarLe che se dovessero mancare questi documenti, la Sua pratica non potrà essere esaminata nei tempi brevi che ci proponiamo. Rimane indispensabile, dunque, la loro completezza.

Nota bene

Che cosa succede dopo aver inviato la mia domanda e i documenti richiesti?

Una volta ricevuti i Suoi documenti, procederemo all'esame della sua pratica e le faremo pervenire una risposta (da 1 a 2 settimane).

Su quale conto saranno effettuati i pagamenti, ammesso che ne sia riconosciuto il diritto?

Assicurazione costi fissi

In caso di ammissione del suo sinistro alla copertura assicurativa, effettueremo i relativi pagamenti sul conto da lei indicato sulla domanda di prestazione.

Se i premi assicurativi le sono addebitati mensilmente, i pagamenti saranno effettuati sul conto utilizzato per tale addebito.

In quali casi non ho diritto alle prestazioni?

La preghiamo di leggere attentamente le nostre condizioni generali d'assicurazione (CGA). Vi troverà dettagliatamente i casi di esclusione.

Per quanto tempo le prestazioni saranno a carico dell'assicurazione?

Nel caso in cui la Sua domanda dovesse essere accolta, le prestazioni saranno effettuate secondo gli accordi contrattuali per un totale di 12 mesi, a partire dal 31° giorno di malattia/infortunio. Il pagamento avverrà, di fatto, retroattivamente (premesso che il cliente ci abbia mandato il certificato medico). Inoltre si tenga conto che, in conformità con le condizioni generali d'assicurazione (CGA), il periodo d'attesa dura 30 giorni.

In caso di degenza ospedaliera in nostri clienti esercenti indipendenti hanno diritto ad una prestazione massima di 12 mesi. Il diritto alla prestazione assicurativa si acquista, se la degenza ospedaliera è stata per almeno 7 giorni consecutivi. In tal caso si procederà al pagamento retroattivo già dal primo giorni di degenza.

Quando scade il diritto alla prestazione, ossia quanto tempo ho per informare l'assicurazione?

In conformità alla legge del 2 aprile 1908 art. 46 (versione del 27 dicembre 2005), relativa ai contratti d'assicurazione, la Sua domanda di prestazione potrà essere presa in considerazione per un periodo massimo di 2 anni.

Cosa succede se con la disoccupazione si avvera il caso di un'inabilità al lavoro?

Seguendo la cronologia e la natura del caso Le invieremo l'apposito formulario. Se, infatti, si verificano entrambi i casi (soltanto per i lavoratori dipendenti), l'assicurazione dovrà esaminare i documenti richiesti per ambedue le circostanze.

Le chiederemmo, dunque, di contattarci eventualmente.

Parte A - Seguito
Modulo di sinistro per inabilità al lavoro / ricovero
Assicurazione costi fissi
Da compilare in modo leggibile dall'assicurato/a.

4a. Quali altri medici L'hanno curata per la diagnosi al punto 1a?

Nome

Via

C.P./Città

Telefono

b. In quale periodo?

dal

al

5a. Chi è il Suo medico di famiglia?

Nome

Via

C.P./Città

Telefono

b. Da quando è in cura?

Data

5. Da compilare in caso d'infortunio

1. Quando si è verificato l'infortunio?

2. È stato redatto un verbale dalla polizia?

Sì **➡ Ci invii una copia del rapporto!**

No

3a. Le è stata fatta un'analisi del sangue?

Sì No

b. Se sì, esito?

4. Descrizione dell'incidente (senza fare riferimento al rapporto della polizia descriva come si è svolto, eventualmente usando un foglio aggiuntivo)

6. Dichiarazioni conclusive

Dichiarazione

Sono inabile al lavoro e richiedo di beneficiare delle prestazioni dell'assicurazione secondo le Condizioni Generali di Assicurazione del mio contratto (CGA). Dichiaro di aver risposto con totale sincerità senza omissione alle domande poste e di non avere dissimulato niente. Sono stato/a informato/a che, nel caso in cui trasmetta informazioni false, dovrò rimborsare integralmente le prestazioni ricevute e perderò tutti i miei diritti.

Autorizzazione

Autorizzo Genworth Financial (« l'assicuratore ») di procedere al controllo ed alla valutazione delle informazioni fornite per la relazione sulle mie condizioni di salute. Inoltre, autorizzo tutti i medici, gli ospedali, organi, istituzioni, assicuratori ed autorità a trasmettere tutte le informazioni sulle mie condizioni di salute presenti e future, finché l'assicuratore possa determinare il suo obbligo di prestazione.

GENWORTH FINANCIAL

Financial Insurance Company Limited, Chiswick Park, Londra, succursale di Zurigo, operante in Svizzera col nome di Genworth Financial.

Luogo e data **X** _____

Firma dell'assicurato/a **X** _____

Parte B
Modulo di sinistro per inabilità al lavoro / ricovero
Assicurazione costi fissi
Da completare in modo leggibile dal medico.

1. Dettagli sulla persona assicurata

Signor Signora

Nome

Cognome

Data di nascita

2. Dettagli sull'inabilità al lavoro

1. Quale è la diagnosi causante l'inabilità al lavoro?
(da specificare)

2a. Da quando la persona assicurata è affetta dalla suddetta malattia?

b. Da quando sussiste l'eventuale inabilità al **100%**?

3. Quando l'assicurato/a è stato/a informato/a per la prima volta della diagnosi?

4. Indicativamente quando potrà riprendere il lavoro?

5a. Da quali **altri medici** la persona assicurata è in cura? Nome
Via
C.P./Città

b. Per quale periodo? dal
al

6. Anamnesi della malattia

7a. Di quale genere d'incidente trattasi? stradale tempo libero/privato
 di lavoro

b. È stata fatta un'analisi del sangue? sì no
 Se sì, esito:

8a. Esistono radiografie o RMI? sì no

b. Quando sono state effettuate?

9a. L'assicurato/a si trova in cura psichiatrica e/o psicologica? sì no

b. Se sì, presso quali medici: Nome
Via
C.P./Città

Parte B - Seguito
Modulo di sinistro per inabilità al lavoro / ricovero
Assicurazione costi fissi
Da completare in modo leggibile dal medico.

3. Ulteriori dettagli sull'inabilità al lavoro del nostro assicurato/ della nostra assicurata

10a. In precedenza l'assicurato/a è stato/a già seguito/a dal punto di vista medico per disturbi direttamente o indirettamente connessi a quest'ultima malattia? sì no

b. Se sì, quando?

11a. L'assicurato/a è in grado di esercitare un'altra attività professionale corrispondente alla sua formazione e al suo livello di vita attuale? sì no

b. Se sì, da quando?

12a. L'inabilità al lavoro è dovuta a ferite autoinflitte, tentativo di suicidio, gravidanza regolare, abuso di droghe o farmaci, problemi psichici, depressione, danni alla colonna vertebrale, AIDS? sì no

b. Se sì, specificare:

13a. Le sono noti altri elementi compromettenti la guarigione dell'assicurato/a? sì no

b. Se sì, quali?

4. In caso di ricovero – Solo per lavoratori indipendenti!

1. La persona assicurata è stata ricoverata per la malattia in questione presso una struttura ospedaliera? sì no

2. In quale ospedale? Nome
Via
C.P./Città

3. Chi era il medico curante in ospedale? Nome

4. Giorno di ricovero

5. Giorno di dimissione dall'ospedale

Luogo e data **X** _____

Firma e timbro del medico **X** _____

Numero di telefono del medico **X** _____

Avviso importante
Gli eventuali costi per la compilazione del presente modulo sono a carico della persona assicurata e da addebitare direttamente ad essa.