CADIPROF
CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DEGLI STUDI PROFESSIONALI

PIANO SANITARIO

MOD. RICOVERO COVID-19

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

AFFINCHÉ CADIPROF E UNISALUTE S.p.A. POSSANO VISIONARE LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili
Preso atto dell'informativa, ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE n.2016/679 (GDPR)

ACCONSENTO

- al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che mi riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità ivi indicate o obbligatorie per legge.

Resta inteso che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Nome e cognome *(leggibile)* _____ Firma del richiedente _____

ASSISTITO:

Cognome Nome _____ nato/a il___/___/_____/ a_____Prov _____

Stato estero _____Residente in_____ CAP _____Comune_____Prov _____

Cod. Fiscale_____tel._____e-mail _____

Domicilio (se diverso da residenza) Residente in_____ CAP _____Comune_____Prov _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità che la presente richiesta viene effettuata in qualità di iscritto/a alla CADIPROF, in forza presso:

AZIENDA PER CUI SI LAVORA: Denominazione sociale
Indirizzo: VIA _____ CAP _____Comune_____Prov _____

Documentazione richiesta

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione

- **INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA IN CASO DI POSITIVITÀ COVID-19 (CORONAVIRUS)**
  lettera di dimissione ☐
- **INDENNITA' FORFETTARIA A SEGUITO DI RICOVERO PER POSITIVITA' AL COVID-19 (CORONAVIRUS)**
  copia della cartella clinica conforme all'originale, completa della lettera di dimissioni. ☐
- **INDENNITA' FORFETTARIA A SEGUITO DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA PER POSITIVITA' AL COVID-19 (CORONAVIRUS)**
  copia della cartella clinica conforme all'originale, completa della lettera di dimissioni ☐

Se si tratta di documenti integrativi riferiti a un sinistro già in essere ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono.
N°SINISTRO_____

Questo ci permette di velocizzare la valutazione e quindi le procedure di rimborso. Trovi il numero del sinistro nell'area riservata - sezione "estratto conto" oppure contattando la Centrale Operativa telefonica al numero verde **800 016 635**. Attivo tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle 19,30.
Puoi fare l'upload dei documenti integrativi anche direttamente on line –area riservata - sezione "estratto conto": è facile e veloce.

Altre polizze malattia/infortuni possedute SI ☐ NO ☐ Compagnia _____

Notifico le mie coordinate bancarie

IBAN: ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data _____ Firma del richiedente _____

Inviare il presente modulo via mail a: rimborsocovid19@unisalute.it oppure via posta all'indirizzo

Spese Sanitarie Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO