



# Fondazione F.I.A.P.

FONDO INTEGRATIVO DI MUTUALITÀ PEDIATRICA

Via Carlo Bartolomeo Piazza, 30 - 00161 Roma

C.F. 97575460585 tel 06.62202410 fax 06.99332014

## MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE DELLA DIARIA GIORNALIERA PER LA COPERTURA DEL NOCUMENTO ECONOMICO DERIVANTE DAL COSTO DELLA SOSTITUZIONE A CAUSA DI MALATTIA O INFORTUNIO

Inviare il presente modulo a:

Fondazione F.I.A.P. - Uff. Liquidazione Sinistri - Via Carlo Bartolomeo Piazza, 30 - 00161 ROMA

Affinchè La Fondazione FIAP e il suo partner (UGF Assicurazioni SpA) possano trattare i Suoi dati è necessario sottoscrivere il modulo di consenso al trattamento dei dati personali riportato di seguito

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assistenziali, assicurative e liquidative (Ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa ricevuta con modulo specifico e separato, lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità di copertura di tipo economico, assistenziale, assicurativa e liquidativa, apponendo la Sua firma ed **autorizzando così al trattamento per l'attività di gestione e liquidazione del sinistro la Fondazione FIAP e dei suoi partner come sopra individuati.** Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso la Fondazione FIAP e i suoi partner non potranno dare esecuzione alla copertura del nocumento economico scaturente dal costo per la sostituzione derivante da eventi di malattia o infortunio e/o **sarà impossibile** trattare i dati sensibili per la liquidazione delle eventuali diarie.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Del titolare della copertura (in stampatello)

(firma dell'interessato) \_\_\_\_\_

### ISCRITTO/ASSICURATO:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Cod.Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

### LIVELLO DI COPERTURA:

BASIC

### TIPO DI ASSENZA:

INFORTUNIO

MALATTIA

PROFESSIONALE  
 EXTRAPROFESSIONALE

PROFESSIONALE  
 EXTRAPROFESSIONALE

CON RICOVERO  
 SENZA RICOVERO

CON RICOVERO  
 SENZA RICOVERO

### ULTERIORI DATI PER RICOVERO:

TIPO STRUTTURA  
 PUBBLICA  
 PRIVATA

DATA INIZIO RICOVERO \_\_\_\_\_

DATA FINE RICOVERO \_\_\_\_\_

### ULTERIORI DATI:

APPLICAZIONE GESSO  
 SI  
 NO

DATA INIZIO EVENTO \_\_\_\_\_

DATA FINE EVENTO \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DELL'EVENTO e indirizzo di reperibilità nel periodo di malattia/infortunio:

### DOCUMENTI ALLEGATI

- certificato medico di inizio malattia o infortunio
- dichiarazione di ricovero e di dimissione da Istituto di Cura
- Fotocopia della comunicazione inviata all'ASL per periodo di assenza e data di ripresa
- Certificato medico di avvenuta guarigione, del proprio medico curante, con data di ripresa

