

Il presente modulo deve essere restituito alla Struttura organizzativa compilato in ogni parte, firmato, almeno 5 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione inviando una e-mail alla casella gsm.vittoria@mawdy.com.

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO DIRETTA CHECK UP DI MEDICINA PREVENTIVA

DATI DELL'ASSICURATO

COGNOME E NOME ASSICURATO: _____ CODICE FISCALE: / / / / / / / / / / / / / / / /

N° TELEFONICO: _____ E-MAIL: _____ NUMERO DI POLIZZA: _____

CHECK- UP RICHIESTO

Attenzione:

- La garanzia è attivabile una volta all'anno per gli Assicurati che abbiano compiuto 30 anni.
- Il check-up è da eseguirsi, in un'unica soluzione, presso le strutture convenzionate con Mawdy.
- Il check-up è totalmente a carico dell'Impresa, e solo per le prestazioni inserite in elenco.
- Il check-up è limitato ai dipendenti e non è esteso ai familiari.

DESIDERO EFFETTUARE I SEGUENTI ESAMI (Barrare la casella o le caselle corrispondenti agli esami che si desidera effettuare):

DONNA TRA I 30 E I 40 ANNI

- ☐ ESAMI DI LABORATORIO (emocromo completo, glicemia a digiuno, colesterolo totale, DHL/LDL, trigliceridi, AST/ALT, GGT, creatinina, azotemia, sodio, potassio, cloro)
- ☐ Esame delle Urine completo
- ☐ Omocisteina e/o Vitamina D

UOMO TRA I 30 E I 40 ANNI

- ☐ ESAMI DI LABORATORIO (emocromo completo, glicemia a digiuno, colesterolo totale, DHL/LDL, trigliceridi, AST/ALT, GGT, creatinina, azotemia, sodio, potassio, cloro)
- ☐ Esame delle Urine completo
- ☐ PSA totale e PSA Libero per screening prostatico

ESCLUSIVAMENTE PER DONNA > 40 ANNI

In aggiunta a quanto sopra:

- ☐ Visita Ginecologica
- ☐ Pap Test
- ☐ Ecografia transvaginale o pelvica
- ☐ Ecografia Mammaria

ESCLUSIVAMENTE PER UOMO > 40 ANNI

In aggiunta a quanto sopra:

- ☐ Visita Urologica
- ☐ Visita Cardiologica
- ☐ ECG (elettrocardiogramma)

DATA E LUOGO DELLA PRESTAZIONE SANITARIA

DESIDERO CHE SIA MAWDY A PRENOTARE IL CHECK UP presso la CLINICA: _____

Attenzione: la prenotazione verrà effettuata in base alla disponibilità del momento ed alla vicinanza al domicilio dell'Assicurato

Spazio per segnalare eventuali disponibilità: _____

HO GIA' PRENOTATO GLI ESAMI DA EFFETTUARE PRESSO LA CLINICA CONVENZIONATA: _____
IN DATA: _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

IL SOTTOSCRITTO, COERENTEMENTE CON LE CONDIZIONI CONTRATTUALI DEFINITE NELLA COPERTURA ASSICURATIVA E NELLA RELATIVA DOCUMENTAZIONE:

- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura;
- autorizza la Struttura Liquidativa a pagare direttamente le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura sanitaria;
- si impegna altresì a pagare direttamente alla struttura sanitaria tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria;

- si impegna a rimborsare alla Struttura Liquidativa le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture previste, ed a pagare direttamente alla struttura sanitaria gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore;

- dichiara di essere stato informato circa il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13-14 Reg. Ue 2016/679 effettuato da Vittoria Assicurazioni S.p.A. in qualità di titolare per le finalità assicurative di cui al rapporto contrattuale sottostante la copertura richiamata sopra.

In ogni caso si ricorda che l'informativa sul trattamento dei dati personali di Vittoria è disponibile sul sito internet della Compagnia nella sezione dedicata alla privacy.

DATA: _____

FIRMA DELL'ASSICURATO: _____

