



LETTERA DI IMPEGNO

CHE L'ISCRITTO/ADERENTE DEVE **TRASMETTERE VIA FAX ALLO 041/590.73.78 ALMENO 24 ORE LAVORATIVE** PRIMA DELLA DATA DEL RICOVERO (O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY/INTERVENTO AMBULATORIALE)

Sinistro/Impegnativa n.: _____ del _____

COGNOME E NOME ISCRITTO/ADERENTE _____

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO _____
(dipendente/pensionato o familiare beneficiario per il quale e' richiesto il pagamento diretto del ricovero)

con la sottoscrizione della presente lettera, in relazione alla prestazione sanitaria autorizzata in oggetto, richiede il pagamento diretto delle fatture emesse a nome dell'assistito dalla struttura sanitaria e dai medici convenzionati con Previmedical, nel rispetto delle condizioni previste dalla normativa statutaria vigente della quale e' a conoscenza avendone potuto prendere visione.

In particolare si impegna:

- a produrre, a richiesta, la documentazione medica utile a definire la natura delle prestazioni;
- a pagare direttamente la Struttura Sanitaria e/o i professionisti convenzionati:
 1. la quota non immediatamente erogata e subordinata alle risultanze di bilancio (art. 14 Appendice 1/ art. 11 Appendice 2)
 2. le spese relative alle prestazioni non ricomprese nelle coperture della "Cassa", agli eventuali importi che superino i limiti previsti dalle Appendici n. 1 e n. 2 dello Statuto; alle fatture relative alle spese non sanitarie (telefono, altri extra, ecc.); alle eventuali franchigie e/o scoperti minimi;
 3. le parcelle dei componenti dell'e'quipe medica per le prestazioni da questa effettuate nel caso in cui il medico - primo operatore - che prende in cura il paziente durante il ricovero non sia convenzionato con Previmedical.

Inoltre, **nell'eventualita' che**, dall'esame a posteriori delle fatture e della documentazione medica, **si evidenzi la mancanza del diritto a beneficiare delle prestazioni ovvero** qualora, per l'assistito, **siano venuti meno i requisiti** statutariamente previsti per beneficiare delle prestazioni, accetta specificatamente che **la "Cassa" si rivalga addebitando il corrispettivo delle prestazioni erogate sul c/c di riferimento per i rapporto di debito con la "Cassa" stessa ovvero disponendo l'addebito nei propri confronti per il tramite del datore di lavoro.**

DATA _____ FIRMA iscritto/aderente _____

Il sottoscritto assistito, in relazione all'informativa gia' ricevuta ai sensi delle vigenti disposizioni legislative in materia di privacy, esprime il consenso al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano, acquisiti o che saranno acquisiti da Previmedical nell'ambito degli scopi statuari della "Cassa" nonche' di quelli ad essi connessi e strumentali. Libera, inoltre espressamente i sanitari che effettueranno gli interventi diagnostici o terapeutici dall'obbligo del segreto professionale verso PREVIMEDICAL, incaricata della gestione dei sinistri, delegando la stessa ad analizzare referti e cartelle cliniche. PREVIMEDICAL si impegna a mantenere il rispetto della riservatezza verso terzi.

La sottoscrizione del presente atto costituisce delega all'incasso a favore della Struttura Sanitaria e dei Medici Specialisti convenzionati che prestano i servizi, di tutte le somme dovute da PREVIMEDICAL.

DATA _____ FIRMA assistito _____
(per i minori e' necessaria la firma di chi esercita la potesta')