

## Accordo di collaborazione

### Indirizzi di corrispondenza (outbound)

tra

la Suva, Fluhmattstrasse 1, Casella postale 4358, 6002 Lucerna

e

.....

.....

#### 1. Collaborazione

Il presente accordo mira a semplificare la collaborazione in ambito amministrativo tra la Suva e il fornitore di prestazioni. Di seguito viene disciplinata la collaborazione in riferimento agli indirizzi di corrispondenza del fornitore di prestazioni. Sono interessati esclusivamente i casi per cui la Suva fornisce prestazioni o necessita di documentazione medica al fine di verificare il suo obbligo a fornire prestazioni.

La Suva distingue tre tipi di documenti:

- rapporto
- garanzia di assunzione dei costi (benestare)
- pareri

Questi tre tipi di documenti possono essere inviati a diversi indirizzi Secure E-Mail del fornitore di prestazioni.

#### 2. Condizioni

Gli indirizzi di posta elettronica devono essere indirizzi Secure E-Mail (ad es. HIN)  
È consentito unicamente l'invio elettronico (nessun invio postale).

#### 3. Modalità

Il fornitore di prestazioni richiede l'invio agli indirizzi seguenti:

i rapporti a: .....

i benestare per i costi a: .....

i pareri a: .....

#### 4. Documenti interessati dal presente accordo

<b>Titolo</b>	<b>Tipo di documento</b>
Rapporto semplice	Rapporto
Sollecito rapporto semplice	Rapporto
Rapporto dettagliato	Rapporto
Sollecito rapporto dettagliato	Rapporto
Rapporto medico intermedio	Rapporto
Sollecito rapporto intermedio	Rapporto
Certificato medico LAINF	Rapporto
Sollecito certificato medico LAINF	Rapporto
Rapporto operatorio	Rapporto
Sollecito rapporto operatorio	Rapporto
Rapporto di dimissione e operatorio	Rapporto
Sollecito rapporto di dimissione e operatorio	Rapporto
Rapporto di dimissione	Rapporto
Sollecito rapporto di dimissione	Rapporto
Rapporto istologico	Rapporto
Rapporto di visita	Rapporto
Rapporto di consulto	Rapporto
Certificato medico ricaduta	Rapporto
Modulo di documentazione cranio-cervicale	Rapporto
Garanzia di assunzione dei costi medico	Garanzia di assunzione dei costi
Garanzia di assunzione dei costi ospedale	Garanzia di assunzione dei costi
Garanzia di assunzione dei costi fisioterapia/ergoterapia	Garanzia di assunzione dei costi
Garanzia di assunzione dei costi in generale	Garanzia di assunzione dei costi
Nessuna garanzia di assunzione dei costi, denti non curati	Garanzia di assunzione dei costi
Nessuna garanzia di assunzione dei costi	Garanzia di assunzione dei costi
Garanzia di assunzione dei costi dentista	Garanzia di assunzione dei costi
Sospensione prestazioni assicurative	Presenza di posizione
Preavviso generico	Presenza di posizione
Informazioni sulla fine delle prestazioni	Presenza di posizione
Informazioni sulla nostra presenza di posizione rifiuto	Presenza di posizione

## 5. Entrata in vigore e risoluzione

Il presente accordo entra in vigore in data ..... ed è valido a tempo indeterminato. Può essere risolto in qualsiasi momento su iniziativa di entrambe le parti. A scopo di prova, la disdetta deve essere comunicata per iscritto (anche via e-mail).

.....  
Luogo, data

.....  
Luogo, data

.....

.....

.....

.....

.....

Fornitore di prestazioni