

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE (Prodotto M85)

N. POLIZZA: 380808343

CONTRAENTE: AMCS

INVIARE IL MODELLO DI DENUNCIA A:Ufficio Gestione MILANO
VIA UGO BASSI 2,20159 MILANO**DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Via: _____ N. _____ C.A.P. _____ PROV _____

Tel. Casa _____ Tel. Cell _____ Tel.Uff _____

E-Mail: _____

PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____ Magistrato Componente del nucleo risultante dallo stato di famiglia Familiare non fiscalmente a carico**COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO****COORDINATE BANCARIE IBAN:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE	CIN Eur	CIN Ita	ABI	CAB				NUM. CONTO CORRENTE												

Titolare del conto corrente per il pagamento: Titolare della copertura Familiare per la quale si richiede il rimborso**GARANZIA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:**

- Ospedaliere:** con intervento chirurgico
 senza intervento chirurgico
 intervento per l'eliminazione o correzione di difetti della vista

- Accompagnatore – Trasporto:** vitto e pernottamento
 trasporto in autoambulanza (in Italia)
 trasporto all'estero in treno/aereo di linea
 rimpatrio salma

 Anticipo **Indennità sostitutiva** **Extraspedaliere** **Visite specialistiche** **Protesi e Cure dentarie da infortunio** **Diagnostica Preventiva**

IMPORTANTE:

- ALLEGARE:
 - ✓ SEMPRE: UNA FOTOCOPIA DI CIASCUNA FATTURA
 - ✓ PER PRESTAZIONI RELATIVE A RICOVERI: FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA
 - ✓ PER LE ANALISI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI: LA PRESCRIZIONE MEDICA E LA RELATIVA DIAGNOSI (OVE NON RISULTI DALLE RICEVUTE DI SPESA)

- PRECISARE: PER ALTRE PRESTAZIONI (visite, esami, ecc.) SE PRECEDENTI O SUCCESSIVE A RICOVERI/INTERVENTI

NUMERO	DATA DOCUMENTO	PERCETTORE	IMPORTO
RICOVERO DEL			

La Società si riserva di richiedere in qualsiasi momento gli originali di tutta la documentazione presentata.

Allegati (oltre alla documentazione di cui sopra):

- copia della cartella clinica
- n.... prescrizioni mediche
- n.... certificati medici
-

VARIE (eventuali note del richiedente):

.....

Richiedo il rimborso delle spese sostenute come da unita documentazione, della cui autenticità mi assumo la piena responsabilità.

DATA _____ . **FIRMA** _____

Vi ricordiamo che è disponibile l’applicativo Denuncia On Line di Generali Italia, procedura che permette la gestione online della denuncia sinistri . E’ possibile inserire online la richiesta di rimborso allegando le fatture in formato elettronico.

Link diretto all’applicativo: <https://areaclienti.spesemediche.generali.it/>

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi⁽¹⁾ (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa⁽²⁾.

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero⁽³⁾. I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 Codice Privacy: *Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235 - privacy@generaligroup.com*

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)

(Nome e cognome leggibile)

(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
3. Soggetti coinvolti nello specifico rapporto assicurativo (contraenti, assicurati, aderenti, pignorari, vincolatari), assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

GIPRY100/00

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 - Fax 041 942909 - www.generali.it - email: info@generali.it



C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azienda unica Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

