

# MODULO PER RICHIESTA RIMBORSO SPESE MEDICHE

ASSICURAZIONI GENERALI S.P.A.

CONTRAENTE EQUITALIA S.P.A.  
POLIZZA n°

Da inoltrare a:

Spett.le  
G.B.S. SpA  
(Generali Business Solutions)  
Gestione Sinistri Equitalia  
Via V. Pisani, 13  
20124 MILANO

DIPENDENTE

Matricola:

PENSIONATO OPZIONE 1

PENSIONATO OPZIONE 2

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Indirizzo:

CAP.:

CITTA':

TEL.

CELLULARE:

MAIL:

IBAN:

PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

1. dipendente/pensionato  
 2. coniuge o convivente more uxorio o figlio fiscalmente a carico  
 3. coniuge o convivente more uxorio o figlio o altro familiare non fiscalmente a carico

GARANZIA DELLA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

Ospedaliero:

- a) ricovero con intervento chirurgico
- b) day hospital con intervento
- c) intervento ambulatoriale
- d) parto cesareo d'urgenza o aborto
- e) ricovero per grande intervento chirurgico o trapianto
- f) spese per gravidanza
- g) parto cesareo programmato
- h) parto fisiologico
- i) ricovero o day hospital senza intervento
- l) gravi patologie

Prestazioni ambulatoriali domiciliari:

- a) accertamenti e terapie di alta specializzazione
- b) cure oncologiche
- c) visite e prestazioni specialistiche non comprese nella lettera "a"
- d) accertamenti diagnostici non compresi nella lettera "a"
- e) trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Cure dentarie da infortunio

Cure dentarie

Medicinali non mutuabili

Lenti

Protesi e apparecchi acustici

**LE RICEVUTE DI SPESA, ELENcate SINGOLARMENTE, VANNO ALLEGATE IN ORIGINALE E IN FOTOCOPIA.**

N°	Data	Importo	N°	Data	Importo
01			06		
02			07		
03			08		
04			09		
05			10		

ALLEGATI: (oltre alla documentazione di cui sopra)

- Una copia della cartella clinica (in caso di ricovero)
- N .... Prescrizioni mediche
- N .... Certificati medici
- .....

Eventuali precisazioni del richiedente:

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la nostra società tratterà i dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativi, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo e altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di responsabili o titolari autonomi di trattamenti. I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare, o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 D. Lgs 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti a cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio. (*Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.a. - Via Marocchesa,14, 31021 Mogliano Veneto - TV, tel. 041.549.2599, fax 041.549.2235. Il sito [www.generalitaly.it](http://www.generalitaly.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.*

Sulla base di quanto sopra apponendo la Sua firma, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla società, alla loro comunicazione ai soggetti loro indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

DATA e LUOGO: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato:.....