

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO
Polizza primi trenta giorni malattia/infortunio (Prodotto M85)

N. POLIZZA: **361071238**CONTRAENTE: **C.I.P.e**

INVIARE IL MODELLO DI DENUNCIA A:
AREA LIQUIDAZIONE INFORTUNI E MALATTIE
CENTRO LIQUIDAZIONE MALATTIE
VIA SILVIO D'AMICO N° 40
00145 ROMA (RM)

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: _____ Ente di appartenenza _____

COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTOCOORDINATE BANCARIE **IBAN:**

□□□□	□□□□	□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□
PAESE	CIN Eur	CIN Ita	ABI	CAB	NUM. CONTO CORRENTE

Titolare del conto corrente per il pagamento: Titolare della copertura**GARANZIA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:****o Indennità giornaliera**

dal 4° giorno di sostituzione e sino al 30° per gli infortuni e le malattie che non comportino ricovero in Istituto di Cura, solo per tre eventi all'anno, intervallati almeno da 30 giorni

dal 1° giorno di sostituzione e sino al 30° per gli infortuni e le malattie che comportino cure prestate in day hospital, day surgery o ricovero in Istituto di Cura, solo per tre eventi all'anno, intervallati almeno da 30 giorni

dal 1° giorno di sostituzione e sino al 30° nei casi di Insufficienza cardiaca, Insufficienza renale cronica o Patologie neoplastiche, per sei eventi all'anno intervallati almeno da 30 giorni. L'indennità verrà corrisposta fino ad un massimo di 120 giorni per annualità assicurativa

IMPORTANTE:**• ALLEGARE:**

- ✓ SEMPRE: LA FOTOCOPIA DELLA FATTURA RILASCIATA DAL MEDICO SOSTITUTO, ATTESTANTE LA NATURA E IL PERIODO DELLA PRESTAZIONE RESA
- ✓ SEMPRE: IL CERTIFICATO MEDICO CON LE DATE DI INIZIO E FINE
- ✓ PER PRESTAZIONI RELATIVE A RICOVERI LA FOTOCOPIA DELLA DICHIARAZIONE DI RICOVERO DELL'ISTITUTO DI CURA
- ✓ PER PRESTAZIONI RELATIVE DAY SURGERY/DAY HOSPITAL LA FOTOCOPIA DELLA DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO DI CURA
- ✓ SEMPRE: LA DICHIARAZIONE DELL'ASL ATTESTANTE LE DATE DI SOSPENSIONE E RIPRESA DELL'ATTIVITÀ DI MEDICO PEDIATRA CONVENZIONATO CON IL S.S.N..

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

Allegati (oltre alla documentazione di cui sopra):

.....

VARIE (eventuali note del richiedente):

.....
.....

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

DATA _____.

FIRMA _____

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 Marocchessa 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, pignoratori, 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 Marocchessa, 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. L00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

