

CONVEZIONE ITALPREVIASS POLIZZA: _____ AZIENDA: _____	INVIARE IL MODELLO DI DENUNCIA A: ITALPREVIASS c/o ITAL BROKERS S.p.A. Ufficio Sinistri – malattia Via Albaro 3 16145 Genova.
--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Cognome/Nome (<i>titolare copertura</i>):		
Codice fiscale (<i>obbligatorio</i>):		
Indirizzo:		
Città:	Prov.	Cap.
Telefono (<i>obbligatorio</i>):		
E-mail (<i>obbligatorio</i>):		
IBAN (<i>obbligatorio</i>): _____		
Intestatario Conto corrente: _____		

Amministratore
 Dirigente
 Quadro
 Dipendente

• **Componente del nucleo familiare per il quale si richiede il rimborso:**

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale: _____

• **Tipo copertura:**

Integrativa FASI/FASDAC/QUAS
 Non integrativa

• **Garanzia per la quale si richiede il rimborso (ove previste dalla specifica copertura attivata):**

- Ospedaliera:**
 - con intervento chirurgico (compreso parto cesareo);
 - senza intervento chirurgico;
 - grande intervento chirurgico;
 - parto naturale;
 - intervento ambulatoriale
 - intervento per eliminazione o correzione di difetti della vista.
 - vitto e pernottamento;
 - trasporto in autoambulanza (in Italia);
 - trasporto all'estero in treno/aereo di linea.

- Indennità sostitutiva**

- Assistenza domiciliare**

- Extraspedaliere**
 - Prestazioni diagnostiche e terapeutiche (es. Dopler, TAC, RMN, ecc)
 - Visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici di laboratorio

- Lenti e occhiali**

- Protesi ortopediche**

- Cure dentarie**

- Altro**

NUMERO	DATA DOCUMENTO	PERCETTORE	IMPORTO
RICOVERO DEL			

Allegati (oltre alla documentazione di cui sopra):

n ____ cartelle cliniche/relazioni mediche n ____ prescrizioni/certificazioni mediche

VARIE (eventuali note del richiedente):

IMPORTANTE:

- **ALLEGARE Copia delle fatture/ricevute per le quali si richiede il rimborso***;
- Per le prestazioni relative ai **ricoveri** (compresi i day-hospital):
 - o ALLEGARE copia della cartella clinica
 - o PRECISARE se le visite/esami rappresentano prestazioni pre/post al ricovero/intervento
- Per le prestazioni relative agli **interventi ambulatoriali**: ALLEGARE la relazione medica che descriva le caratteristiche dell'intervento
- Per le prestazioni **extraospedaliere** (accertamenti diagnostici, visite, esami): ALLEGARE la prescrizione medica che indichi la patologia (certa o presunta) o l'infortunio che ha reso necessaria la prestazione effettuata – tale indicazione può essere indicata anche sulla ricevuta di spesa da parte dello stesso medico che ha effettuato la prestazione.
- Per le **lenti e gli occhiali**: ALLEGARE certificazione dell'oculista (ovvero dell'optometrista) che indichi la modifica del visus

*** rimane in ogni caso fermo il diritto della Compagnia di Assicurazione di richiedere gli originali della documentazione trasmessa.**

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

DATA _____

FIRMA _____

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 acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessari per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obblighi 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 ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa ed operativa in qualità di responsabili o di 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 diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è Italtrevisass nella persona di Daniela Tasso .

Vengono nominati responsabili trattamento dati i responsabili aziendali di settore incaricati dal Titolare del trattamento dati.

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

FIRMA DELL'ASSICURATO _____