GENERALI

Modello: M85RSS

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE (Prodotto M85RSS)

CONTRAENTE:	N. POLIZZA:
ASSOCIAZIONE PERSONALE IN QUIESCEN **VIA GEROLAMO TIRABOSCHI 57** **24122 - BERGAMO**	**440005016**

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 _____ Azienda di appartenenza _____

PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

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

☐ Dipendente ☐ Componente del nucleo risultante dallo stato di famiglia ☐ Familiare non fiscalmente a carico

COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO

COORDINATE BANCARIE **IBAN**

PAESE	CIN Eur	CIN Ita	ABI	CAB	NUM. CONTO CORRENTE

☐ Titolare ☐ Componente del nucleo risultante dallo stato di famiglia ☐ Familiare non fiscalmente a carico

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
- **Indennità sostitutiva**
- **Extraospedaliere:**
  - ☐ prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione
  - ☐ protesi ortopediche o apparecchi acustici
- **Visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio e trattamenti fisioterapici**
- **Cure dentarie**
- **Lenti**

Verificare se la garanzia è prevista nelle Condizioni di Assicurazione.

IMPORTANTE

- ALLEGARE:
  - ✓ SEMPRE: UNA FOTOCOPIA DI CIASCUNA FATTURA

- ✓ IN CASO DI INTEGRAZIONE AD UN FONDO, ANCHE IL DOCUMENTO EMESSO DAL FONDO ATTESTANTE QUANTO RIMBORSATO DALLO STESSO
- ✓ 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 _____

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 - www.generali.it; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, 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.