

Spett.le
MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi 66
13871 Verrone (BIELLA)

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE

PDCDM – UFFICIO NAZIONALE SERVIZIO CIVILE NAZIONALE – volontari del servizio civile
POL. 2106.30.300007

Il/La sottoscritto/a _____

Residente in via _____

C.A.P / Città _____

Tel.+ e-mail _____

Codice individuale _____

Codice Fiscale _____

Ente di appartenenza
al servizio _____

Data di avviamento al
servizio _____

Nazione _____

Codice IBAN* _____

Codice CIN _____

*codice IBAN (4 caratteri) composto dal codice nazione e dal cin europeo.

dopo aver preso visione delle condizioni di polizza, chiede l'indennizzo per il sinistro sottoriportato, che ha interessato:

PRESTAZIONI EROGATE: DAL ___/___/___ AL ___/___/___

A seguito di: MALATTIA – INFORTUNIO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- cartella clinica completa/integrale (in fotocopia)
- certificati medici che attestano l'alterazione dello stato di salute, dal quale dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi, terapia e accertamenti prescritti
- fatture quietanzate per le quali si richiede il rimborso (**originale più una fotocopia**).
- fotocopia del codice fiscale o di un documento di identità in corso di validità
- originale di una dichiarazione rilasciata dall'Ente presso il quale presta servizio indicante il luogo, le mansioni e gli orari previsti per lo svolgimento del servizio civile

ATTENZIONE: non saranno prese in considerazione le richieste incomplete e saranno restituite al mittente

DATI DEL SINISTRO

Le ricevute di spesa, che devono essere regolari a tutti gli effetti e che si allegano a documentazione della richiesta di rimborso, vanno elencate singolarmente, possibilmente in ordine cronologico

N°	DATA	IMPORTO	N°	DATA	IMPORTO
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			TOTALE		

PRESTAZIONI PREVISTE DAL CONTRATTO

OSPEDALIERE	RIMBORSO SPESE DI RICOVERO IN STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA
	INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE
	RETTE DI DEGENZA
SPESE POST RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO	ONORARI PER VISITE SPECIALISTICHE, SPESE PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI, MEDICINALI
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE, MEDICINALI, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Eventuali precisazioni del richiedente (segnalare eventuale recapito a cui indirizzare la restituzione degli originali): _____

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA GIA' RICEVUTA, AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 n°196 e successive modificazioni (di seguito chiamata Legge), acconsento /iamo

- al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi/ci riguardano funzionale alla gestione ed esecuzione del contratto e alla gestione e liquidazione dei sinistri effettuato dalla Società Cattolica di Assicurazioni – Società Cooperativa
- al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi/ci riguardano funzionale alla gestione ed esecuzione del contratto e alla gestione e liquidazione dei sinistri effettuato dalla Centrale Operativa;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al III comma della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al I comma della medesima informativa o obbligatori per legge;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato nella predetta informativa (paesi U.E. e paesi extra U.E.). Rimane fermo che il mio/nostro consenso é condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data: _____ Firma del volontario _____