CATTOLICA
SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
DAL 1896

Contraente:Unione N. Pensionati Banco Di Napoli
POLIZZA: N: 410.30.74262
Ufficio Liquidazione: Mapfre Warranty
Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI)
Centrale Operativa Tel.: 015/2559648-fax 015/2559505

INVIARE IL MODELLO DI DENUNCIA A:
UNIONE NAZIONALE FRA I PENSIONATI DEL BANCO DI NAPOLI
Via Paolo Emilio Imbriani 9 80132 NAPOLI

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

NOME E COGNOME ASS.TO:

TELEFONO: CASA UFFICIO CELLULARE

INDIRIZZO E-MAIL:

INDIRIZZO: VIA N.

CITTA' CAP PROV.

DATA 1° ADESIONE POLIZZA: / /

COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO: **IBAN (indicare consecutivamente i 27 caratteri)**

PAESE CIN Eur CIN Ita ABI CAB NUM. CONTO CORRENTE

PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

COGNOME E NOME: ……

O SEZIONE LIGHT **O SEZIONE TOP**

- ☐ Pensionato o componente del nucleo fiscalmente a carico (coniuge e figli conviventi)
- ☐ Familiare convivente non fiscalmente a carico
- ☐ Familiare non convivente (limitatamente al coniuge e figli con il limite di età 35 anni)

GARANZIA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

LIGHT

o Ospedaliere
- ☐ grande intervento chirurgico
- ☐ accompagnatore;
- ☐ trasporto con ambulanza;
- ☐ retta degenza;

o Indennità sostitutiva

TOP

o Ospedaliere:
- ☐ ricovero con intervento chirurgico;
- ☐ ricovero o day hospital senza intervento chirurgico;
- ☐ ricovero o day hospital con intervento chirurgico ambulatoriale;
- ☐ accompagnatore;
- ☐ trasporto con ambulanza;
- ☐ retta degenza;

o Indennità sostitutiva

o Extra ospedaliere:
- ☐ alta diagnostica (come da tabella ad es. Doppler, TAC, RMN, ecc.);
- ☐ visite specialistiche;
- ☐ ticket (come da tabella ad es. Doppler, TAC, RMN, ecc.);

IMPORTANTE:

- Allegare sempre gli originali di ciascuna fattura.
  Le fatture di importi maggiori a € 77,47 devono sempre essere complete della marca da bollo di € 1,81 come previsto dalla legge
- per prestazioni relative a ricoveri: allegare sempre copia della cartella clinica integrale ;
- per altre prestazioni riferite ai ricoveri (visite, esami, ecc.) precisare se precedenti o successive a ricoveri/interventi;
- per le visite specialistiche, analisi,accertamenti diagnostici e ticket occorre allegare la prescrizione medica e la relativa diagnosi (ove non risulti dalle ricevute di spesa).

Le richieste di rimborso non complete, non saranno prese in considerazione e verranno restituite al mittente

NUMERO	DATA DOCUMENTO	ENTE O MEDICO PERCETTORE	IMPORTO
RICOVERO DAL **AL**		**TOTALE**	

Allegati (oltre alla documentazione di cui sopra):

☐ cartella clinica (anche fotocopia) - ☐ 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 _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

Preso atto dell'informativa già ricevuta ai sensi del D.L. del 30.06.2003 n°196 e successive modifiche (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 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 consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa

Resta convenuto che in caso di errati e/o non dovuti rimborsi l'Assicurato dovrà provvedere alla restituzione degli importi accreditatigli entro e non oltre 30gg dalla comunicazione di richiesta.

FIRMA DELL'ASSICURATO _____