Modulo per il rimborso indiretto

Leggere l'informativa Privacy ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei *Dati personali* e sensibili. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Il presente modulo, interamente compilato e sottoscritto, va inoltrato a mezzo mail all'indirizzo **retail.zurich@myassistance.it**

Dati dell'Intermediario assicurativo _____

Dati anagrafici del *Contraente*

Cognome e Nome _____

Cod. Fiscale/P.IVA_____ Luogo e data di nascita _____

Tel._____ Cell._____ E-mail_____

Nr di *Polizza* _____

Dati anagrafici della persona assicurata per cui si chiede il rimborso (se diversa dal *Contraente*)

Cognome e Nome _____

Cod. Fiscale/P.IVA_____ Luogo e data di nascita _____

Patologia: _____
(come da certificato allegato alla presente)

Ricovero: Degenza dal____/____/_____ al____/____/_____

Prestazioni extra ricovero: ☐ Alta diagnostica ☐ Cure dentarie ☐ Visite specialistiche ☐ Esami di routine

L'*Assicurato* con la presente richiede il rimborso per i costi sostenuti ed allega in fotocopia, le seguenti parcelle/fatture di spesa, i cui costi sono stati già anticipati.

Fattura Numero	Emessa Da	Data	Importo (in Euro)

Coordinate bancarie per il presente rimborso

IBAN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Intestatario del C/C: _____

Promemoria all'invio della documentazione

1. Occorre compilare un modulo per ogni *Assicurato* e per ogni *Sinistro*.
2. Le parcelle/fatture allegate non relative ad un *Ricovero* dovranno essere accompagnate da prescrizione medica con l'indicazionedella patologia presunta o diagnosticata.
3. Per le spese sostenute nei giorni pre/post *Ricovero*, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di *Ricovero*.
4. Per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-*Ricovero* occorrono prescrizione medica, scontrino della farmacia.

Consenso al trattamento dei dati

Io sottoscritto/a, letta l'Informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo nr 2016/679 ricevuta in occasione della sottoscrizione del contratto, nonché disponibile all'interno della sezione privacy del sito www.zurich.it, **presto il mio consenso** al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità assicurative di cui al punto 2) dell'Informativa.

Nome e Cognome del Titolare_____ Nome e Cognome dell'Assicurato_____
(se diverso dal Titolare)

Data_____ Firma dell'Assicurato* _____

** Per i minori è richiesta la firma di chi esercita la responsabilità genitoriale*