

Modulo per il rimborso spese nell'ambito di un Ricovero attivato in forma diretta presso il Network convenzionato

Il presente modulo, interamente compilato e sottoscritto, va inoltrato a mezzo PEC all'indirizzo rimborsi.medicare@pec.it oppure per raccomandata a: Gruppo Zurich c/o ASSIRETE s.r.l. - Via Gerolamo Fracastoro 3/A, Roma, Cap. 00161

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.

Dati anagrafici del Contraente

Cognome e Nome _____
Cod. Fiscale/P.IVA _____ Luogo e data di nascita _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
Nr di Polizza _____ Intermediario ass.vo _____

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 _____

Coordinate bancarie per il presente rimborso (da indicare solo se diverse da quelle già comunicate in fase di adesione)

IBAN:
Intestatario del C/C: _____

N.B.: - Compilare UNA richiesta di rimborso per OGNI PERSONA e per OGNI EVENTO/PATOLOGIA (a ciclo di cure ultimato)
- Trattenere FOTOCOPIA della domanda e della documentazione medica

Documentazione medica allegata (per i casi più ricorrenti):

- Cartella Clinica completa (copia conforme all'originale) in caso di *Ricovero, Day Hospital* (Data ingresso _____/_____/_____)
 Certificazione medica indicante la diagnosi
 Certificato di Pronto Soccorso e prescrizione medica in caso di Cure dentarie da *Infortunio*
 Check-up, medicina preventiva (con richiesta del medico curante, specialista, che trattasi di accertamento a scopo preventivo)
 Certificazione attestante modifica visus o prima prescrizione in caso di acquisto lenti/occhiali

Documentazione di spesa allegata:

- Fatture/Ricevute in originale (inserire i dati relativi a ciascuna fattura/ricevuta allegata)

N. fatt./ric.	Data	Importo (in Euro)	N. fatt./ric.	Data	Importo (in Euro)	N. fatt./ric.	Data	Importo (in Euro)

- Indennità sostitutiva Data ingresso _____/_____/_____ Data dimissione _____/_____/_____
 Ticket S.S.N. Nr. Tickets allegati _____ Importo tot. Tickets _____
 Medicinali Nr. Scontrini allegati _____ Importo tot. Medicinali _____

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