

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE – Polizza n. 81303579
DIPENDENTI ENAV S.p.A.

Da inoltrare a:

GGL – Clim Roma
Gestione Danni ENAV
Casella Postale n. 8
Piazza San Silvestro, n. 19
00187 – ROMA

COGNOME E NOME

RESIDENTE IN (via /Cap / località / provincia)

.....

SEDE DI LAVORO TEL. UFFICIO

Situazione familiare (compilare sempre, anche per le richieste di rimborso relative al solo dipendente)

Richiesta Rimborso Per		Cognome	Nome	Data di nascita (o inizio appartenenza al nucleo familiare)	Fiscalmente a carico
	Se stesso				
	Coniuge				
	Figlio				
	Figlio				
	Figlio				
	Figlio				
	Figlio				

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la nostra Società tratterà i Suoi dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti, anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D.lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale dei Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 D. lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito a i soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – Assicurazioni Generali S.p.A. – Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235). Il sito www.generali.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

FIRMA DELL'ASSICURATO

Spese sostenute per le seguenti prestazioni:

RICOVERO GRANDE INTERVENTO (tra quelli rientranti nell'elenco indicato in polizza)

ALTRI RICOVERI E/ O INTERVENTO AMBULATORIALE

SPESE EXTRA OSPEDALIERE /

VISITE SPECIALISTICHE ANALISI ED ESAMI DIAGNOSTICI

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

ACQUISTO LENTI

**Importante: ALLEGARE ORIGINALI E UNA FOTOCOPIA DI CIASCUNA FATTURA;
INOLTRE PER TUTTE LE PRESTAZIONI RELATIVE A RICOVERI,
ALLEGARE FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA.**

IL RIMBORSO AVVERRÀ MEDIANTE ACCREDITO SUL C/C BANCARIO.

BANCA ABI CAB N. CONTO

Data

Firma

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE – Polizza n. 81303580
PENSIONATI ENAV S.p.A.

Da inoltrare a:

GGL – Clim Roma
Gestione Danni ENAV
Casella Postale n. 8
Piazza San Silvestro, n. 19
00187 – ROMA

COGNOME E NOME
RESIDENTE IN (via /Cap / località / provincia)
.....
SEDE DI LAVORO TEL. UFFICIO

Situazione familiare (compilare sempre, anche per le richieste di rimborso relative al solo dipendente)

Richiesta Rimborso Per		Cognome	Nome	Data di nascita (o inizio appartenenza al nucleo familiare)	Fiscalmente a carico
	Se stesso				
	Coniuge				
	Figlio				
	Figlio				
	Figlio				
	Figlio				
	Figlio				

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la nostra Società tratterà i Suoi dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti, anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D.lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale dei Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 D. lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito a i soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – Assicurazioni Generali S.p.A. – Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235). Il sito www.generali.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

FIRMA DELL'ASSICURATO

Spese sostenute per le seguenti prestazioni:

RICOVERO GRANDE INTERVENTO (tra quelli rientranti nell'elenco indicato in polizza)

ALTRI RICOVERI E/ O INTERVENTO AMBULATORIALE

SPESE EXTRA OSPEDALIERE /

VISITE SPECIALISTICHE ANALISI ED ESAMI DIAGNOSTICI

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

ACQUISTO LENTI

**Importante: ALLEGARE ORIGINALI E UNA FOTOCOPIA DI CIASCUNA FATTURA;
INOLTRE PER TUTTE LE PRESTAZIONI RELATIVE A RICOVERI,
ALLEGARE FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA.**

IL RIMBORSO AVVERRÀ MEDIANTE ACCREDITO SUL C/C BANCARIO.

BANCA ABI CAB N. CONTO

Data

Firma