

**ASSOCIAZIONE NAZIONALE MAGISTRATI
ASSICURAZIONE SANITARIA DEL NUCLEO FAMILIARE**

**Spett.le
GENERALI ITALIA S.p.A
C.L.M. Chieti
Via Gorizia, 52/54
66100 Chieti (CH)
tel. 0871/555221 (dalle 10.00 alle 12.00)**

RICHIESTA DI INDENNIZZO

Tipo aderente: <input type="checkbox"/> Magistrato aderente <input type="checkbox"/> Figlio non convivente																					
Cognome _____	Nome _____ tel _____																				
Residente in _____	cap _____ via _____																				
Codice Fiscale <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Estremi del conto corrente su cui accreditare la somma da liquidare:																					
Banca _____	filiale di _____																				
IBAN <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Io sottoscritto/a dichiaro sotto la mia responsabilità che la presente richiesta si riferisce a prestazioni sanitarie erogate in favore mio o, in alternativa, del coniuge o del convivente more uxorio o del figlio convivente sottoindicato																					
Nominativo (se persona diversa dal magistrato aderente) _____																					
nato a il _____																					
Codice Fiscale <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
rapporto di parentela _____	Coniuge/Convivente more uxorio <input type="checkbox"/> Figlio/a Convivente <input type="checkbox"/>																				
Data _____	Firma _____																				

Consenso al trattamento dei dati relativi alla presente richiesta (art. 11 L. 675/96) "Tutela privacy"

Prendo atto di essere stato debitamente informato circa gli aspetti fondamentali del trattamento cui sono sottoposti i miei dati personali, nonché i dati sensibili di mia pertinenza, contenuti nella documentazione medico-sanitaria, fornitiVi in esecuzione del contratto di assicurazione e di essere stato edotto dei diritti spettanti ai sensi dell'art. 13 L. 675/96.

Prendo altresì atto che tali dati personali e sensibili possono essere comunicati – per essere sottoposti a trattamenti inerenti l'oggetto dell'assicurazione – da parte di codesta Società ad altri soggetti del settore assicurativo, quali mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione dei contratti di assicurazione; società di servizi a cui siano stati affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

Ciò premesso, autorizzo espressamente codesta Società, ai sensi degli artt. 11, 20 e 22 della legge anzidetta a procedere al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo e di quelli ulteriori, ivi compresi quelli *sensibili*, desumibili dalla documentazione medico-specialistica allegata, esclusivamente per le finalità inerenti l'oggetto del contratto di assicurazione sotto tutti i profili, operativi e gestionali, nonché alla comunicazione degli stessi dati alle categorie sopra indicate.

Data

firma

AVVERTENZE:

- compilare una richiesta separata per OGNI PERSONA
- trasmettere le ricevute di spesa in FOTOCOPIA

DOCUMENTAZIONE MEDICA DA ALLEGARE

- Cartella Clinica completa (in caso di ricovero)
- Certificazione della diagnosi o della presunta diagnosi (in caso di prestazioni "extraospedaliere") - da effettuarsi su ricettario del medico o direttamente sulla richiesta di prestazione sanitaria (non necessario per le prestazioni di cui all'allegato 1 del Fascicolo Informativo lettera C.9) Diagnostica Preventiva)

Spazio riservato alla liquidazione

Barrare solo la/le caselle relative alle prestazioni interessate dalla richiesta di rimborso

PRESTAZIONI CONTEMPLATE SIA DALL'OPZIONE 1 CHE DALL'OPZIONE 2

1 - Ricovero ospedaliero per Interventi di Alta Specializzazione

- Interventi Chirurgici di Alta Specializzazione (Vedi Allegato 2 alle Condizioni di Assicurazione)
- spese accompagnatore
- spese trasporto - ambulanza
- spese per esami, e accertamenti effettuate nei 90 giorni precedenti e/o nei 120 giorni successivi al ricovero
- Diaria Surrogatoria

2 - Prestazioni sanitarie di :

- Angiografia
- Diagnostica radiologica
- Elettrocardiografia
- Holter
- Arteriografia
- Dialisi
- Elettroencefalografia
- Scintigrafia
- Coronarografia
- Ecografia
- Risonanza magnetica nucleare
- TAC
- Cure, trattamenti e terapie relative ad affezioni oncologiche

PRESTAZIONI CONTEMPLATE SOLO DALL'OPZIONE 2

3 - Ricovero ospedaliero

- Intervento Chirurgico, Parto
- spese accompagnatore
- spese trasporto - ambulanza
- spese per esami, e accertamenti effettuate nei 90 giorni precedenti e/o nei 120 giorni successivi al ricovero
- Ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico
- Day hospital
- Diaria surrogatoria

4 - Ulteriori prestazioni sanitarie di alta specializzazione (in aggiunta a quelle già previste dalla Opzione 1)

- Agopuntura
- Doppler
- Endoscopia
- Fisioterapia (vedi Polizza)
- Amniocentesi
- Ecocardiografia
- Funzionalità ormonale
- Spermigrafia
- Chemioterapia
- Elettromiografia
- Laserterapia
- Villocentesi
- Cobaltoterapia
- Encefalografia
- MOC

5 - Visite specialistiche

- Spese per gli onorari dei medici per visite specialistiche

6 - Diagnostica preventiva

- Visita cardiologica
- Visita ginecologica
- Visita urologica
- Visita pediatrica
- Analisi

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 con numerazione progressiva, possibilmente in ordine cronologico.

N.	Data	Importo	N.	Data	Importo	N.	Data	Importo
1			6			11		
2			7			12		
3			8			13		
4			9			14		
5			10			15		

_____ data

_____ firma

**Per informazioni sulle richieste di rimborso contattare:
G.B.S. CLM Chieti al numero 0871/555221
Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00**