



Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa / sostitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO  SI\* \_\_\_\_\_

\* SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO NUMERO DI POLIZZA

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome / Cognome Controparte: \_\_\_\_\_

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: \_\_\_\_\_

Numero di Polizza: \_\_\_\_\_

Data Evento: \_\_\_\_\_

Allegare la seguente documentazione:

Certificato di pronto soccorso

Verbale dell'autorità giudiziaria (solo in caso di incidente stradale)

Numero altri documenti allegati **IN COPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): \_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)**

Intestatario conto corrente: \_\_\_\_\_

**IBAN:**

Data compilazione: \_\_\_\_\_ Firma del titolare della copertura: \_\_\_\_\_

Firma del familiare: \_\_\_\_\_

*(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*

**Consenso al trattamento dei dati personali – D.lgs. 196/2003**

Ricevuta l' informativa ai sensi del D.lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e compreso il suo contenuto, **DICHIARO DI ACCONSENIRE** al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei Sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti deputati alla valutazione, gestione e liquidazione del sinistro (CARGEAS Assicurazioni, MyAssistance S.r.l., Cassa di Assistenza o Fondo Sanitario, Società di servizi, Strutture sanitarie, medici, personale sanitario, periti ecc., nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate).

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'interessato: \_\_\_\_\_ Firma per consenso: \_\_\_\_\_

*(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*