

Spett.le
MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi, 66
13871 Verrone (BIELLA)

nota bene: richiesta da inoltrare a SANPAOLO IMI INSURANCE BROKERS SPA – Via M.Cervantes 55/27 80133 NAPOLI

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE

CASSA ASSISTENZA SANPAOLO IMI – Personale proveniente dal BANCO DI NAPOLI S.p.A. in servizio e/o beneficiario delle prestazioni del "Fondo di Solidarietà" del settore Credito (DIRIGENTI, QUADRI E AREE PROFESSIONALI) con familiari fiscalmente e non fiscalmente a carico
POL. 410.30.74197

Il/La sottoscritto/a					
Residente in via					
Città					
C.A.P.					
Telefono					
Matricola					
Servizio/Filiale di appartenenza					
Coordinate Bancarie	IBAN*	CIN	ABI	C.A.B.	Numero di conto corrente

*codice IBAN (4 caratteri) composto dal codice nazione e dal cin europeo

dopo aver preso visione delle condizioni di polizza, chiede l'indennizzo per il sinistro sottoriportato, che ha interessato:

COGNOME E NOME: _____

DATA DI NASCITA: ____/____/____

PRESTAZIONI EROGATE: DAL ____/____/____ AL ____/____/____

A SEGUITO DI:

◇ MALATTIA

◇ INFORTUNIO

DA SOTTOSCRIVERE NEL CASO IN CUI LE SPESE SI RIFERISCONO A PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE A FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO:

"DICHIO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' CHE IL FAMILIARE, PER CUI RICHIEDO IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE, E' FISCALMENTE A CARICO"

Firma_____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- ☐ cartella clinica completa (anche in fotocopia)
- ☐ certificati medici che attestano l'alterazione dello stato di salute
- ☐ fatture per le quali si richiede il rimborso (**originale più due fotocopie complete anche del presente modulo**)

DATI DEL SINISTRO

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, possibilmente in ordine cronologico

N°	DATA	IMPORTO	N°	DATA	IMPORTO
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			TOTALE		

PRESTAZIONI PREVISTE DAL CONTRATTO

OSPEDALIERE

	RIMBORSO SPESE DI RICOVERO IN STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA
	RIMBORSO SPESE DI RICOVERO IN STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA E CONSEGUENTE GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO
	DIARIA SOSTITUTIVA DI RICOVERO
	ANTICIPO

PRESTAZIONI EXTRA – OSPEDALIERE

	ONORARI PER VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI o PSICOANALITICI, CURE DENTARIE DA INFORTUNIO, APPLICAZIONE APPARECCHIO GESSATO, ESAMI DIAGNOSTICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE, TERAPIE TABELLATE
--	---

ALTRE PRESTAZIONI

	LENTI ED OCCHIALI		PROTESI ORTOPEDICHE E APPARECCHI ACUSTICI
	CURE ESTRAZIONI E PROTESI DENTARIE		ALTRE PRES.AGG. (specificare il tipo di prestazione richiesta)

Eventuali precisazioni del richiedente: _____

NUCLEO FAMILIARE ASSICURATO

CONIUGE (cognome e nome): _____

FIGLIO/A (cognome e nome): _____

FIGLIO/A (cognome e nome): _____

FIGLIO/A (cognome e nome): _____

ALTRO FAMILIARE (cognome e nome): _____

Fisc. a carico	Fisc. non a carico

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA GIA' RICEVUTA, AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 n°196 e successive modificazioni (di seguito chiamata Legge), acconsento /iamo

- al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi/ci riguardano funzionale alla gestione ed esecuzione del contratto e alla gestione e liquidazione dei sinistri effettuato dalla Società Cattolica di Assicurazioni – Società Cooperativa
- al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi/ci riguardano funzionale alla gestione ed esecuzione del contratto e alla gestione e liquidazione dei sinistri effettuato dalla Centrale Operativa;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al III comma della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al I comma della medesima informativa o obbligatori per legge;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato nella predetta informativa (paesi U.E. e paesi extra U.E.). Rimane fermo che il mio/nostro consenso é condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data: _____ Firma del dipendente _____

Firma del familiare _____

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni (di seguito chiamata Legge)

I - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI

I Suoi dati personali, forniti da Lei o da altri per suo conto, sono utilizzati da **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa** allo scopo di:

- emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, ivi comprese la gestione e la liquidazione dei sinistri e l'assistenza alla clientela;
- qualora necessario, ridistribuire il rischio derivante dalla stipula del contratto di assicurazione, mediante la conclusione di contratti di coassicurazione e di riassicurazione;
- adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, connessi con l'attività assicurativa.

Tali dati, senza i quali non potremmo dar corso al contratto di assicurazione, si riferiscono alle seguenti categorie: dati anagrafici ed altri elementi di identificazione personale, dati attinenti al rischio o il servizio assicurato ivi compresi eventuali dati personali sensibili, dati relativi alle modalità del pagamento premi e del risarcimento sinistri.

II - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI STATISTICI, INFORMATIVI E PROMOZIONALI

Qualora Lei acconsenta, i Suoi dati personali, a esclusione di quelli sensibili, saranno utilizzati da **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa** al fine di:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche;
- svolgere attività promozionale dei propri prodotti e servizi e di quelli di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni;

In aggiunta questi Suoi dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni per il perseguimento, da parte delle stesse, delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

La mancata prestazione del consenso avrà come unica conseguenza l'impossibilità di trattare i Suoi dati per tali fini e non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

III - MODALITÀ D'USO E CIRCOLAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per gli scopi sopra indicati, utilizzando supporti cartacei ed informatici. È previsto l'utilizzo del telefono e della posta elettronica.

Il trattamento dei Suoi dati personali è svolto direttamente dagli incaricati preposti di **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa** e di altri soggetti, in taluni casi operanti all'estero, che collaborano con la stessa e che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa ed assicurativa. Ad essi vengono trasmessi solo i Suoi dati personali necessari per lo svolgimento dei compiti loro affidati.

Si tratta, in modo particolare, di: intermediari di assicurazione e riassicurazione, società di assicurazione e riassicurazione; consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliare per nostro conto quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria; cliniche mediche; società di riparazione danni; società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e di stampa; società di servizi amministrativi; società di servizi assicurativi quali valutazione dei rischi, gestione e liquidazione dei sinistri; società di servizi postali; società di revisione; società di ricerche di mercato; società di informazione commerciale, società di servizi investigativi, società di recupero crediti.

Sempre per il perseguimento delle medesime finalità potremmo avere la necessità di trasmettere i Suoi dati ad altri soggetti terzi: ANIA, ISVAP, CONSAP, Casellario Centrale Infortuni, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (ad esempio: INPS, INAIL, ecc.), altri organismi consortili propri del settore assicurativo (ad esempio Convenzione Indennizzo Diretto CID, Concordato Cauzione e Credito, Pool Handicappati, ecc.).

In alcuni casi la comunicazione avviene per obbligo di Legge, regolamento o normativa nazionale o comunitaria (lo prevedono ad esempio la disciplina di anticiclaggio e la normativa in materia di controllo societario e contabile e di vigilanza sull'attività assicurativa), oppure per l'esercizio di azioni a tutela dell'attività assicurativa, ad esempio, contro le frodi.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie di soggetti terzi.

I Suoi dati personali non saranno diffusi.

IV - DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto, ai sensi della Legge, di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali e di conoscerne il contenuto, l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, verificarne l'esattezza o chiederne l'aggiornamento. Qualora i dati siano trattati in violazione della Legge, Lei ha il diritto di chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco. Inoltre Lei si può opporre in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, Lei si potrà rivolgere a **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa**, Titolare del trattamento dati, contattando il **Centro di Competenza Privacy e Sicurezza delle Informazioni**, Lungadige Cangrande n. 16 – 37126 Verona, oppure inviando un messaggio di posta elettronica all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 , n. 196, e successive modificazioni

Preso atto delle informazioni che Le abbiamo comunicato in relazione al trattamento dei Suoi dati personali:

CONSENSO PER L'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI

Per poter emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, nonché all'eventuale redistribuzione del rischio, e per adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, **è necessario che Lei consenta** per iscritto a **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa**:

di utilizzare i Suoi dati personali, compresi quelli sensibili, di comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'informativa, di trasferirli all'estero	SI ☐	NO ☐
---	-----------------------------	-----------------------------

CONSENSO PER L'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI STATISTICI, INFORMATIVI E PROMOZIONALI

Inoltre, come già specificato, Lei può decidere liberamente di dare o meno il Suo consenso a **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa** per l'utilizzo dei Suoi dati personali (ad esclusione di quelli sensibili) per scopi statistici, informativi e promozionali; tale consenso è utile per migliorare i servizi e farLe conoscere nuovi prodotti della nostra azienda e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

Le ribadiamo che il Suo consenso è del tutto facoltativo ed il Suo rifiuto non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

In particolare, Lei può consentire a **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa** di utilizzare i Suoi dati personali (ad esclusione di quelli sensibili) per:

rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche, anche tramite società terze incaricate delle suddette operazioni	SI ☐	NO ☐
realizzare iniziative promozionali	SI ☐	NO ☐
comunicarli alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, per lo svolgimento delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali	SI ☐	NO ☐

Luogo e data:

N. documento (polizza, proposta):

CONTRAENTE Nome e cognome (leggibile)	Firma
---	----------------

ALTRI SOGGETTI (diversi dal Contraente) PRESENTI NEL CONTRATTO (ad esempio: Assicurato, conducente,, altro)	
Nome e cognome (leggibile)	Firma
Nome e cognome (leggibile)	Firma
Nome e cognome (leggibile)	Firma
Nome e cognome (leggibile)	Firma