Allegato 5
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*