



GENERALI

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE
(VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I VOLONTARI IN SERVIZIO
ALL'ESTERO)**

Polizza Generali Italia SpA n. **370754873**

**Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile
Nazionale**

Via della Ferratella in Laterano, 51 - 00184 ROMA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)
Il sottoscritto assicurato

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Indirizzo _____ n. _____ Comune _____

CAP _____ Provincia _____ Telefono _____

Coordinate bancarie (IBAN- BIC) _____

Mail _____

Ente di appartenenza al servizio _____

Per il periodo dal _____ al _____

Dichiara che in data _____ nella Nazione _____

ha sostenuto delle spese mediche per la patologia o infortunio di seguito descritto

All'uopo allega la seguente documentazione:

- Fotocopia del Codice Fiscale o di un documento di identità in corso di validità;
- Fotocopia del primo certificato medico da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi, terapia ed accertamenti prescritti;

- Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 - Fax 041 942909
www.generali.it - email: info@generali.it - pec: generalitalia@pec.generaligroup.com

C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. I.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



- Originale di una dichiarazione rilasciata dall'Ente presso il quale presta servizio indicante il luogo, le mansioni e gli orari previsti per lo svolgimento del servizio civile

Il sottoscritto fa riserva di inoltrare successivamente, per raccomandata con avviso di ricevimento, **gli originali della documentazione medica e delle fatture delle spese mediche sostenute direttamente all'Assicuratore al seguente indirizzo: SGS Roma Convenzioni - in Via Silvio D'Amico, 40- 00145 Roma - c.a. Di Nezza Silvia, indicando il numero di sinistro che gli sarà fornito dal Dipartimento della gioventù e del servizio civile nazionale.**

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

Come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sono consapevole che lo svolgimento delle attività relative al trattamento dei dati personali comuni non richiede il consenso al trattamento per finalità connesse agli obblighi previsti dalla legge, contrattuali e per prestazioni assistenziali e previdenziali, mentre è necessario per il trattamento dei dati sensibili, compresi quelli relativi allo stato di salute. Il consenso espresso riguarda anche la comunicazione a terzi come indicato nell'informativa e l'eventuale trasferimento all'estero, nei limiti indicati nella stessa.

Io sottoscritto/a _____
(compilare in modo leggibile)

do il consenso al trattamento ed alla comunicazione.

Data _____ Firma _____

Attenzione: questo modulo con relativi allegati deve essere trasmesso al Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale utilizzando la casella di posta elettronica: gmastrosanti@serviziocivile.it