

POLIZZA: 290641121

CONTRAENTE: Previgen / Intercent - ER

**INVIARE IL MODELLO DI DENUNCIA A:**  
Generali Business Solutions  
Via Vittor Pisani, 13  
MILANO**MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE**

NOME E COGNOME:

TELEFONO: CASA

UFFICIO

CELLULARE

INDIRIZZO:

VIA

N.

CITTA'

CAP

PROV.

COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO: **IBAN**

PAESE

CIN Eur

CIN Ita

ABI

CAB

NUM. CONTO CORRENTE

**PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:**

COGNOME E NOME: .....

- Dipendente
- Componente del nucleo risultante dallo stato di famiglia

**GARANZIA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:** Ospedaliero:

- grande intervento chirurgico;

 Accompagnatore – Trasporto:

- vitto e pernottamento;
- trasporto in autoambulanza;
- rimpatrio salma.

 Indennità sostitutiva Indennità di ricovero (nel caso di ricovero chirurgico con o senza intervento compreso il parto) Indennità di convalescenza (solo per il dipendente) Indennità di ingessatura (solo per il dipendente) Ticket Malattie oncologiche Extraospedaliero:

- Prestazioni diagnostiche e terapeutiche (ad es. Doppler, TAC, RMN, ecc.);

**GARANZIE AGGIUNTIVE** Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici Trattamenti fisioterapici riabilitativi per infortunio Interventi chirurgici odontoiatrici**IMPORTANTE ALLEGARE:**

- SEMPRE: GLI ORIGINALI E UNA FOTOCOPIA DI CIASCUNA FATTURA;
- PER PRESTAZIONI RELATIVE A RICOVERI: FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA;
- PER ALTRE PRESTAZIONI (visite, esami, ecc.) PRECISARE SE PRECEDENTI O SUCCESSIVE A RICOVERI/INTERVENTI;
- PER LE ANALISI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI OCCORRE ALLEGARE LA PRESCRIZIONE MEDICA E LA RELATIVA DIAGNOSI (OVE NON RISULTI DALLE RICEVUTE DI SPESA).

