

Spett.le
G.G.L.
Gruppo Generali Liquidazione Danni
Gestione Sinistri ENPAM
Via Castelfidardo 43,45
00185 Roma

Raccomandata A.R.

OGGETTO: DENUNCIA DI MALATTIA/INFORTUNIO SU POLIZZA ENPAM

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Beneficiario/a della polizza ENPAM num.

273669331

273669332

Chiede il rimborso, a carico della presente polizza, delle prestazioni sottoelencate:

- Spese per ricovero con intervento chirurgico, per day hospital con intervento chirurgico, per intervento chirurgico ambulatoriale
- Indennità sostitutiva per ricovero con intervento chirurgico, per day hospital con intervento chirurgico
- Spese per ricovero o day hospital per Grave Evento Morboso
- Indennità sostitutiva per ricovero o day hospital per Grave Evento Morboso
- Spese domiciliari per Grave Evento Morboso
- Spese per cure oncologiche
- Spese post ricovero già denunciato e pagato da GGL con numero di danno

Ai fini del rimborso allega la seguente **necessaria** documentazione medica:

- Cartella clinica integrale completa di anamnesi patologica remota e prossima in copia
- Fatture di spesa in originale
- Coordinate bancarie del conto corrente intestato al medico assicurato

Data _____

Firma _____

**COORDINATE BANCARIE DEL CONTO CORRENTE SUL QUALE
ACCREDITARE IL RIMBORSO**

Istituto Bancario: _____

ABI: _____ CAB: _____ CIN: _____

Filiale/Agenzia di: _____

Numero Conto Corrente: _____

Intestato a: _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la nostra Società tratterà i dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l' ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all' estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell' art.7 D. lgs.196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all' Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235). Il sito www.generali.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l' elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

FIRMA DELL' ASSICURATO _____