

Spett.Le
MAPFRE WARRANTY
Ufficio gestione sinistri malattia
Strada Trossi, 66
13871 VERRONE (BIELLA)

SOC. CATTOLICA ASSICURAZIONI
Modulo di richiesta di rimborso delle spese mediche
Borsisti del Ministero Affari Esteri e della
Cooperazione Internazionale
Polizza n. 2106.30.300022

Il/la sottoscritto/a	
Codice Fiscale	
Domicilio Italiano	
Città	
C.A.P.	
Telefono fisso	
Cellulare	
IBAN*	
Indirizzo mail	

* codice IBAN completo, composto dal codice nazione e dal cin europeo

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

COGNOME E NOME: _____

DATA DI NASCITA: ____/____/____

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

A seguito di : MALATTIA INFORTUNIO

**Documentazione obbligatoria da
allegare**

(tutte le spese mediche sostenute all'estero devono essere tradotte in una delle seguenti lingue:
inglese, spagnolo, portoghese, francese):

- cartella clinica integrale da consegnare sempre in copia salvo espressa richiesta dell'originale;
- certificati medici e documentazione medica che attestino l'alterazione dello stato di salute (diagnosi ecc...) in copia;
- Copia della Dichiarazione di Assegnazione di Borsa di Studio
- fatture originali e una copia delle fatture per le quali si richiede il rimborso.
L'invio delle fatture deve essere effettuato in un'unica soluzione per le spese sostenute a seguito della stessa patologia.

Le richieste di rimborso non complete, non saranno prese in considerazione e verranno restituite al mittente.

--

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		

Eventuali precisazioni del richiedente: _____

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA GIA' RICEVUTA, AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 n0196 e successive modificazioni (di seguito chiamata Legge), acconsento:

al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili che mi 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 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 consenso é condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Resta convenuto che in caso di errati e/o non dovuti rimborsi l'Assicurato dovrà provvedere alla restituzione degli importi accreditatigli entro e non oltre 30 gg dalla comunicazione di richiesta.

Luogo e data: _____

Firma dell'assicurato _____

Recapiti utili:

indirizzo mail dedicato: mae@mapfre.com

n° telefonico: 015 2559740 per richiedere informazioni sullo stato della pratica;