



## DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

(nel caso di più Assistiti, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:  
Cassa di Assistenza WELFLIFE – Via Ludovisi 16 – 00187 ROMA  
Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia.

Copertura COLLETTIVA

Copertura INDIVIDUALE

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

### DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA (ASSISTITO)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

In caso di copertura COLLETTIVA indicare l'AZIENDA DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

In caso di copertura INDIVIDUALE indicare l'OPZIONE \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO (SE DIVERSA DALL'ASSISTITO)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

#### Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in istituto di cura .....
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post).....
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione.....
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero .....

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture:

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO										
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

**Totale richiesto:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.



INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO  SI\*

**\*SE SÌ, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

IN CASO DI INFORTUNIO COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: \_\_\_\_\_

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: \_\_\_\_\_

Numero di Polizza: \_\_\_\_\_

Data Evento: \_\_\_\_\_

Allegare la seguente documentazione:

certificato di pronto soccorso

SOLO IN CASO DI INCIDENTE STRADALE ALLEGARE ANCHE VERBALE DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

N° altri documenti allegati **INFOTOCOPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): \_\_\_\_\_

#### Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso

Intestatario conto corrente: \_\_\_\_\_

IBAN:

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma del titolare della copertura: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assistito: \_\_\_\_\_

*(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*

#### INFORMATIVA CON CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINALITÀ ASSISTENZIALI E LIQUIDATIVE AI SENSI ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

A seguito della presente richiesta di rimborso, la Cassa di Assistenza WELFLIFE tratterà i dati particolari che La riguardano, e specificamente dati sul Suo stato di salute, quali, ad esempio, certificati di malattia ed infortunio, esiti di visite mediche, trattamenti sanitari. Il conferimento dei dati sul Suo stato di salute è finalizzato alla verifica, da parte di WELFLIFE, della completezza e validità della richiesta di rimborso, e all'erogazione, da parte di WELFLIFE, dei servizi assistenziali. L'eventuale rifiuto del consenso impedirà il rimborso delle spese sostenute. I dati sul Suo stato di salute saranno gestiti soltanto da Incaricati, specificamente formati alla protezione dei dati, dedicati all'evasione delle pratiche di rimborso e dei documenti ad esse acclusi e saranno custoditi in archivi cartacei e informatici, presidiati con adeguate misure di sicurezza. Per la copertura dei rischi, WELFLIFE si avvale della Compagnia di assicurazione erogante la polizza assicurativa da Lei (e dal suo eventuale nucleo familiare) stipulata; pertanto, i dati sul Suo stato di salute saranno comunicati alla predetta Compagnia e, qualora essa si avvalga di altra Società per la gestione dei sinistri, a tale Società. Inoltre, ove strettamente necessario per comunicazioni di servizio, nel caso in cui Lei non sia direttamente reperibile, i Suoi dati sanitari potrebbero essere comunicati al Suo familiare (ove anch'esso beneficiario della copertura assicurativa), previo espresso consenso (\*). I predetti dati saranno inoltre comunicati ad altri soggetti nominati Responsabili Esterni da WELFLIFE per l'espletamento del servizio di Gestione Sinistri e in nessun caso saranno diffusi. Ai sensi del Capo III del Regolamento UE 679/2016, Lei ha diritto, in qualunque momento, di chiedere al Titolare del trattamento: • l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che Vi riguarda o di opporsi al trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; • proporre reclamo all'Autorità Garante della Privacy;

Potrà ottenere ciò inviando: • una e-mail al seguente indirizzo: [info@welflife.it](mailto:info@welflife.it), allegando copia di un documento identificativo. Il Titolare del trattamento è WELFLIFE – Via Ludovisi 16 – 00187 Roma, rappresentata pro tempore nella persona del legale rappresentante pro tempore. Il Titolare può essere contattato: Cassa di Assistenza Welflife – Gestione Privacy – dott. Carlo De Simone. Indirizzo email: [info@welflife.it](mailto:info@welflife.it)

**acconsento**  **non acconsento**

Firma del Titolare della copertura assicurativa

**acconsento**  **non acconsento**

Firma del familiare assistito per cui si richiede il rimborso (se maggiorenne)