



# welion

Servizi Liquidazione Danni gestiti da Generali Welion S.C.A.R.L.

Generali Welion S.C.A.R.L. o in forma abbreviata Welion S.C.A.R.L. – Sede Legale: Trieste (TS), Via Machiavelli, 4  
CAP. 34132 – Tel. 040 671111 – Email: generaliwelion@pec.general.com; C.F. e Partita Iva 01202150320  
isc. nel Registro Imprese presso la C.C.I.A.A. della Venezia Giulia al n. REA 132268 – Capitale Sociale: Euro 10.000,00.  
Pec: generaliwelion@pec.general.com – Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'albo  
dei gruppi assicurativi e soggetta alla direzione e coordinamenti di Assicurazioni Generali S.p.A.

## MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE



N° di MATRICOLA \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

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

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

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Cell \_\_\_\_\_ Tel. Uff \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Istituto-Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

### DATI BANCARI BENEFICIARIO

INTESTATARIO CONTO CORRENTE BENEFICIARIO \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BANCA \_\_\_\_\_

### GARANZIA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

➤ **Ospedaliera:**

- Ricovero con o senza intervento chirurgico dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Day hospital con intervento chirurgico del \_\_\_\_\_
- Intervento chirurgico ambulatoriale del \_\_\_\_\_
- Spese Pre/Post ricovero

➤ **Extra-ospedaliera:**

- Visite specialistiche ( **copertura prevista solo per i Fidei Donum** )
- Esami diagnostici e di laboratorio
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi

➤ **Assistenza a domicilio/struttura:**

➤ **Assistenza ospedaliera:**

➤ **Protesi:**

## DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Cartella clinica redatta dall'Istituto di cura
- Prescrizione esami strumentali
- Relazione medica con indicazione patologie in caso di richiesta copertura garanzia **Assistenza Domiciliare/ Struttura**
- Relazione medica con indicazione giorni di prognosi in caso di richiesta di **Assistenza Temporanea e Domiciliare**
- Copia di ciascuna Fattura in formato PDF
- **N.B. In caso di richiesta presentata ad altra compagnia o Fondo il documento attestante con le prestazioni rimborsate**

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA (*leggibile*) \_\_\_\_\_