



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*) _____