

**MODULO PER LA DENUNCIA DI SINISTRO E RICHIESTA DI RIMBORSO PER LE SPESE SOSTENUTE**  
(Mod. 12/10)

**Convenzione Findomestic Gruppo**

Data invio: .....

Apertura Sinistro  Variazione Dati

***Dati del Dipendente Assicurato:***

Cognome Nome.....Matricola.....

Indirizzo.....Città.....CAP.....

Tel..... N° cellulare.....

Indirizzo e-mail aziendale.....

***Nome del familiare per il quale si richiede il rimborso con indicazione del grado di parentela:***

Coniuge / Convivente  Figlio / Figlia (anche non fiscalmente a carico)

.....

***Scelta del mezzo di comunicazione:***

- e-mail aziendale  
 e-mail personale .....  
 posta

***Scelta del mezzo di pagamento per il rimborso:***

- ASSEGNO  
 BONIFICO (c/c intestato al dipendente):

Banca .....

Agenzia.....

Codice IBAN:

Cod.	Check	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CC
paese	digit				

Ricevuta l'informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, acconsento al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente ma non limitatamente Assiteca Fortune Srl, Assitalia Spa, Europe Assistance Spa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione .....

(firma)