



### MODULO DI RICHIESTA PAGAMENTO DIRETTO DI PRESTAZIONI SANITARIE COLLETTIVA DA MALATTIA INFORTUNIO W100

Il presente modulo deve essere restituito alla Centrale Operativa compilato in ogni parte, firmato ed accompagnato da idonea prescrizione medica con diagnosi, almeno 3 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione alla casella mail [gsm.vittoria@mapfre.com](mailto:gsm.vittoria@mapfre.com)

#### DATI ASSICURATO

COGNOME:	NOME:
CODICE FISCALE:	POLIZZA:
OPZIONE: <input type="checkbox"/> IMPIEGATI <input type="checkbox"/> QUADRI <input type="checkbox"/> DIRIGENTI <input type="checkbox"/> DIRIGENTI E SOCI AMMINISTRATORI	
N° TELEFONO:	E-MAIL:

#### GARANZIA PER LA QUALE SI CHIEDE L'ATTIVAZIONE A NORMA DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA (barrare la casella corrispondente)

- Ricovero/intervento in istituto di cura  Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali

#### RICHIESTA

Patologia per cui si richiede la presa in carico diretta:	
Istituto di cura convenzionata scelto:	
Medico convenzionato scelto:	Data prestazione:

#### DOCUMENTAZIONE SANITARIA ACCOMPAGNATORIA

(barrare la casella corrispondente al documento presentato contestualmente al modulo)

- Prescrizione medica con diagnosi  Certificazione medica con diagnosi  Referti esami

#### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

IL SOTTOSCRITTO, COERENTEMENTE CON LE CONDIZIONI CONTRATTUALI DEFINITE NELLA COPERTURA ASSICURATIVA E NELLA RELATIVA DOCUMENTAZIONE :

- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura;
- autorizza la Compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico;
- si impegna altresì a pagare direttamente alla struttura sanitaria tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico;
- si impegna a rimborsare alla Compagnia le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture previste, ed a rimborsare direttamente alla struttura sanitaria e/o al professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.
- dichiara di essere stato informato circa il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13-14 Reg. Ue 2016/679 effettuato da Vittoria Assicurazioni S.p.A. in qualità di titolare per le finalità assicurative di cui al rapporto contrattuale sottostante la copertura richiamata sopra e di aver già conferito il consenso per il trattamento dei dati relativi allo stato di salute in fase di stipula della copertura stessa (in qualità di contraente o di assicurato solamente), In ogni caso si ricorda che l'informativa sul trattamento dei dati personali di Vittoria è disponibile sul sito internet della Compagnia nella sezione dedicata alla privacy e che in assenza del consenso al trattamento dei dati relativi alla salute non sarà possibile procedere all'erogazione delle prestazioni richieste in forza della copertura assicurativa.

LUOGO E DATA:	FIRMA ASSICURATO:
---------------	-------------------

