

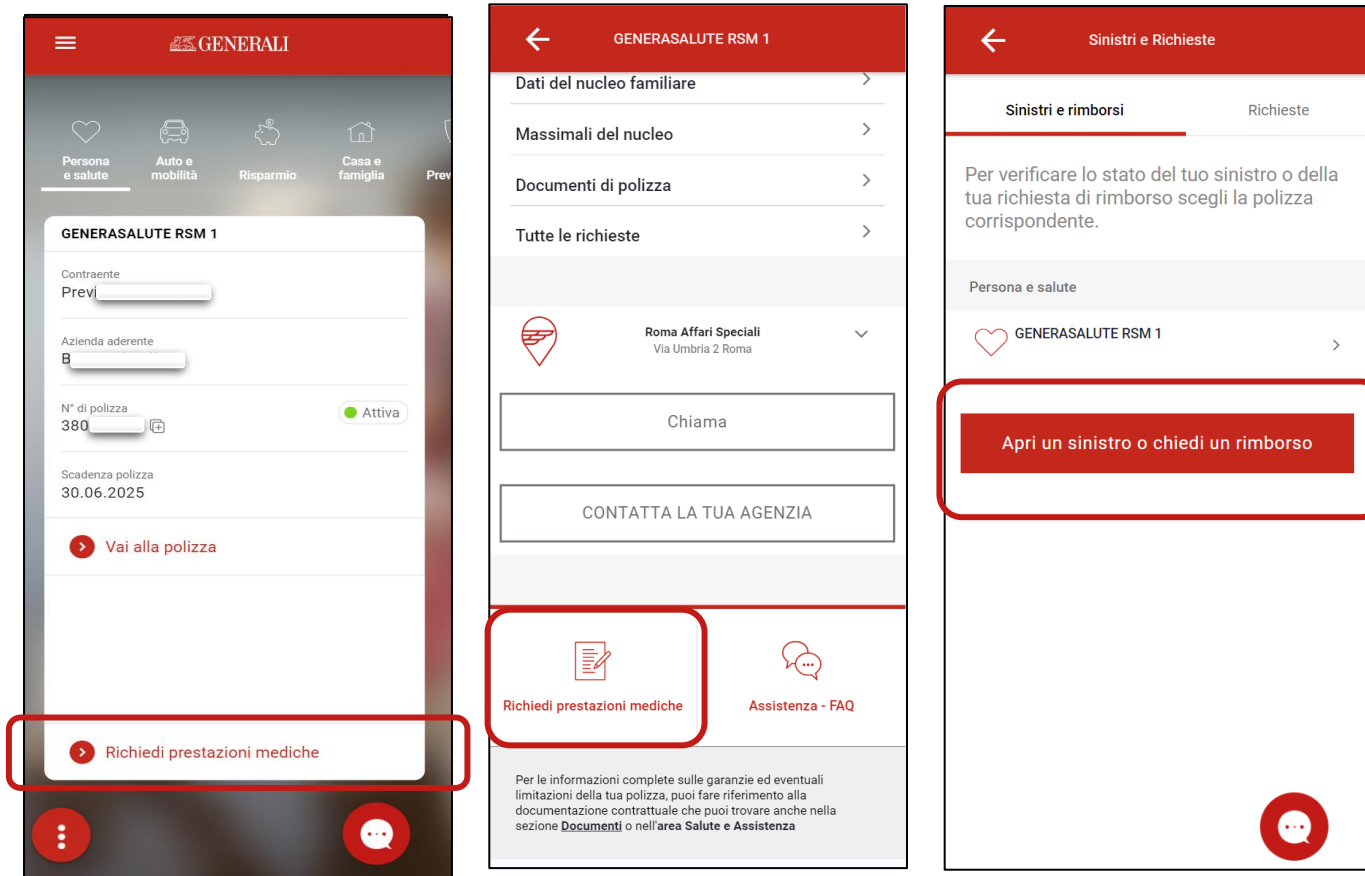
CASSA GEOMETRI – MANUALE MYGENERALI: GUIDA AI FLUSSI E ALLE FUNZIONALITÀ



PUNTI DI ACCESSO

È possibile accedere al **servizio di Denuncia online** tramite il link areaclienti.generalitaly.it o attraverso l'app MyGenerali:

- **dalla homepage**, selezionando il tab «persona e salute» e cliccando poi su «Richiedi prestazioni mediche» nella card di polizza;
- **dalla pagina del dettaglio di polizza**, cliccando sull'icona «richiedi prestazioni mediche» posta in fondo alla pagina;
- **dalla sezione «sinistri e richieste»**, cliccando sul bottone «apri un sinistro o richiedi un rimborso» posto in fondo all'elenco e poi selezionando l'icona «salute aziende».

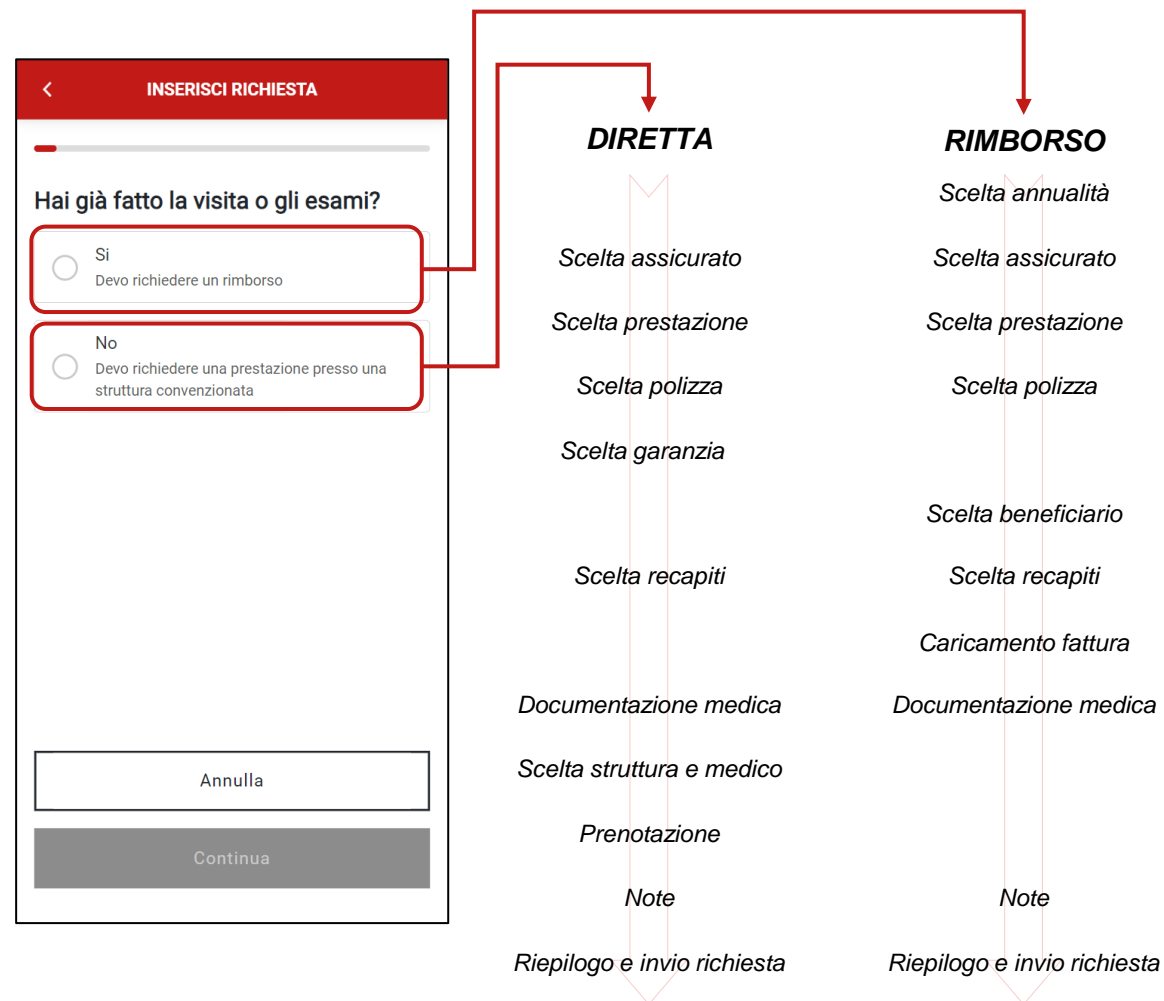


SCELTA PRESA IN CARICO DIRETTA/RIMBORSO

Accedendo da uno qualsiasi dei punti indicati precedentemente, si atterra sulla **pagina di scelta della tipologia di richiesta**.

In questa pagina **puoi scegliere se:**

- richiedere il **rimborso** di una prestazione già effettuata;
- richiedere una **prestazione diretta** presso una struttura convenzionata.



PRESA IN CARICO DIRETTA

SCELTA PRESTAZIONE DIRETTA

The screenshot shows a mobile app interface for requesting a service. At the top, there is a red header with a back arrow and the text 'RICHIESTA PRESTAZIONE'. Below the header, the question 'Hai già fatto la visita o gli esami?' is displayed. There are two radio button options: 'Sì Devo richiedere un rimborso' (unselected) and 'No Devo richiedere una prestazione presso una struttura convenzionata' (selected). At the bottom, there are two buttons: 'Annulla' and 'Continua'.

Per iniziare la richiesta, selezione l'opzione **Devo richiedere una prestazione** presso una struttura convenzionata

SCELTA ASSICURATO

The screenshot shows the same mobile app interface. The question 'Per chi stai chiedendo la prestazione diretta?' is displayed. There are two sections: 'Caponucleo' and 'Familiari'. Under 'Caponucleo', there is a list of names with a search input field and a right arrow: Antonio. Under 'Familiari', there is a list of names with a search input field and a right arrow: Carmen, Raffaele, Antonietta, Francesca, Maria Vittoria, Nunzia.

Il Caponucleo seleziona il **nominativo del beneficiario della prestazione**, tra se stesso o i familiari del nucleo cui sono estese le garanzie di polizza.

SCELTA PRESTAZIONE

The screenshot shows the same mobile app interface. The question 'Che tipo di prestazione vuoi prenotare?' is displayed. There is a list of service types with radio buttons: 'Esami e prevenzione' (selected and highlighted with a red box and an information icon), 'Ricovero con intervento', 'Ricovero Grande Intervento', 'Ricovero senza intervento', 'Day Hospital con intervento', 'Day Hospital senza intervento', 'Intervento Ambulatoriale', 'Pre e Post', and 'Ricovero privato'.

Il sistema propone l'elenco di tutte le tipologie di prestazioni.

INFO UTILE

Le prestazioni extra-ospedaliere sono incluse nella voce «**esami e prevenzione**».

Sono comprese in questa voce:

- visite;
- analisi di laboratorio;
- esami diagnostici (RX, RMN, etc.).

Tutte le **voci diverse** da «esami e prevenzione» fanno riferimento a **prestazioni ospedaliere** (es. ricovero, day hospital, etc.)

PRESA IN CARICO DIRETTA

PRESTAZIONE EXTRAOSPEDALIERA

RICHIESTA PRESTAZIONE

Seleziona la prestazione

oste

Impianto **oste**integrato odontoiatrico (incluso pilastro prefabbricato)

Ossigeno-ozonoterapia per patologie **oste**artic. indep.dalla sede d'infiltrazione

Rinomanometria (anteriore e/o **posteriore**)

Trattamento **oste**opatico (seduta individuale - da 45' a 60')

Annulla

SCELTA GARANZIA

RICHIESTA PRESTAZIONE

Seleziona la garanzia

- Visita
- Accertamenti Diagnostici
- fisioterapia
- Visite per pat.oncologiche
- Chemioterapia e Radioterapia
- Esami Diagnostici di follow-up oncologi...
- Esami Diagnostici
- Visita dentarie
- Ablazione tartaro
- Cure dentarie - piano di cura

SCELTA DELLA POLIZZA

RICHIESTA PRESTAZIONE

Seleziona la polizza

- Prova User Story
Polizza n. [redacted]
Dal 01/07/2023 al 30/06/2024
Contraente: [redacted]
[Vedi massimali](#)
- Prova User Story
Polizza n. [redacted]
Dal 01/07/2024 al 30/06/2025
Contraente: [redacted]
[Vedi massimali](#)

Hai bisogno di assistenza?

Annulla

Massimali di polizza

Dal 01.07.2023 al 30.06.2024

Medicina preventiva
Tipo: disponibile sul singolo assicurato
Residuo: Illimitato
Massimale: Illimitato
Utilizzato: 0,00 €

Ricovero
Tipo: disponibile su tutti gli assicurati della polizza
Residuo: 320.000,00 €
Massimale: 320.000,00 €
Utilizzato: 0,00 €

Ricovero
Tipo: disponibile su tutti gli assicurati della polizza
Residuo: 160.000,00 €
Massimale: 160.000,00 €
Utilizzato: 0,00 €

In caso di scelta "**esami e prevenzione**" è possibile scegliere il tipo di prestazione tramite la **barra di ricerca**. Si consiglia di riportare quanto indicato sul certificato medico. Se non c'è esatta corrispondenza, selezionare la prestazione più simile a quella prescritta.

Se la prestazione scelta fa riferimento a più **garanzie**, il sistema proporrà **l'elenco di tutte le garanzie possibili**. Seleziona la tipologia in relazione alla prestazione richiesta.

Se la **garanzia** fa riferimento a **più polizze**, sarà necessario **indicare una delle polizze associate**. Cliccando su *Vedi massimali* mostra i massimali associati alla polizza

PRESA IN CARICO DIRETTA

RIEPILOGO RECAPITI

RICHIESTA PRESTAZIONE

Recapiti dell'assicurato

Ricorda che, se hai già prenotato, la struttura sanitaria potrebbe contattare l'assicurato al numero precedentemente fornito. Riceverai le informazioni sullo stato della pratica ai tuoi recapiti di contatto.

Antonio Renella

Email
TEST.01@GMAIL.COM

+ Aggiungi nuova email

Cellulare
34

+ Aggiungi nuovo cellulare

Annulla

Continua

AGGIUNTA RECAPITI

RICHIESTA RIMBORSO

Aggiungi una nuova Email

Inserisci il tuo indirizzo e-mail su cui ricevere informazioni sulla pratica.

Inserisci email

Conferma email

Annulla

Continua

RICHIESTA PRESTAZIONE

Aggiungi nuovo cellulare

Inserisci il tuo numero di cellulare su cui ricevere informazioni sulla pratica.

Inserisci numero di cellulare

Conferma numero di cellulare

Annulla

Continua

DOCUMENTI MEDICI

RICHIESTA PRESTAZIONE

Carica i documenti medici

I documenti serviranno per valutare la richiesta in corso. In seguito potrebbero essere richiesti documenti aggiuntivi.

La dimensione massima di ciascun documento è 10 MB. Il nome del file non deve contenere caratteri speciali (es. è,é,à,ù,i,ò,&,\$,@,%...).

Certificato medico

+ Quali documenti caricare?

+ Carica certificato medico

Altri documenti

+ Carica documento

Annulla

Continua

INFO UTILE

È possibile **allegare più file**, sia caricando un documento già salvato sia attivando la fotocamera dello smartphone.

È consentito il caricamento di documenti **con il seguente formato:**

- .jpeg;
- .png;
- .pdf;

con una dimensione massima di 10 MB.

È possibile indicare un indirizzo **email** su cui ricevere documenti e informazioni sull'avanzamento della pratica, e un **numero di cellulare**, da usare come recapito in caso di **contatto diretto**.

È possibile, inoltre, aggiungere un recapito di cellulare o email diverso da quelli proposti selezionando «aggiungi numero» o «aggiungi email», questi saranno validati mediante codice di verifica inviato sul recapito cellulare fornito.

I **documenti** richiesti **variano** in base alla **prestazione** selezionata in precedenza.

Il bottone «**continua**» si abilita solo se sono stati caricati tutti i **documenti obbligatori**.

PRESA IN CARICO DIRETTA

SCELTA STRUTTURA

RICHIESTA PRESTAZIONE

Seleziona la struttura convenzionata

Seleziona la struttura convenzionata o ricerca il medico

Regione
Abruzzo

Provincia
Chieti

Ricerca per medico

Strutture convenzionate

Cerca struttura

1 Strutture disponibili

Casa Di Cura
Viale Amendola 93

Seleziona dall'elenco **regione** e **provincia** per cercare le **strutture del network** convenzionato.

SCELTA PER MEDICO

RICHIESTA PRESTAZIONE

Seleziona la struttura convenzionata

Seleziona la struttura convenzionata o ricerca il medico

Regione
Abruzzo

Provincia
Chieti

Ricerca per medico

Strutture convenzionate

Cerca struttura

1 Strutture disponibili

Casa Di Cura
Viale Amendola 93

RICHIESTA PRESTAZIONE

Seleziona il medico

Seleziona il medico o ricerca per struttura

Regione
Abruzzo

Provincia
Chieti

Ricerca per struttura

Medici convenzionati

Cerca medico

26 Medici disponibili

Antonio
Radiodiagnostica

Attilio
Reumatologia

Vincenzo
Neurologia

RICHIESTA PRESTAZIONE

Seleziona la struttura

Scegli una struttura della lista. In fase di gestione della pratica verificheremo che il convenzionamento sia attivo.

Antonio Neri
Radiodiagnostica

Strutture convenzionate

Cerca struttura

1 Strutture disponibili

Casa Di Cura
Viale Amendola 93

Annulla

È possibile, inoltre, **cercare un medico**, selezionando prima regione e provincia e successivamente cliccando su «ricerca per medico», proseguendo la ricerca digitando il nome o la specializzazione.

PRESA IN CARICO DIRETTA

PRESA APPUNTAMENTO

RICHIESTA PRESTAZIONE

Hai già prenotato?

Se non hai ancora prenotato puoi specificare le tue disponibilità oppure richiedere la prestazione nel primo giorno disponibile.

Si, ho già prenotato >

No, vorrei indicare la mia disponibilità >

No, vorrei effettuare la prestazione il prima possibile >

Annulla

Se **non è stata prenotata** una visita medica con la struttura convenzionata, è possibile **indicare la data scelta** per l'appuntamento o **selezionare le date in cui si è disponibili**.

SELEZIONE DATA

RICHIESTA PRESTAZIONE

Qual è la data dell'appuntamento?

Seleziona la data che hai concordato con la struttura. Puoi richiedere la diretta per prestazioni a partire dal 28/06/2024 al 30/06/2024.

Data appuntamento

28/06/2024

Annulla

Continua

Selezionando «Si, ho prenotato», è necessario indicare la **data concordata** con la struttura convenzionata.

SERVIZIO DI PRENOTAZIONE

RICHIESTA PRESTAZIONE

Quando sei disponibile?

Seleziona uno o più giorni nel calendario. La disponibilità sarà verificata dalla struttura e ti sarà comunicato il giorno dell'appuntamento via email o telefono.

Luglio 2024

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21

Annulla

Continua

Per le prestazioni abilitate puoi usufruire del **servizio di prenotazione** indicando le date di disponibilità

PRESA IN CARICO DIRETTA

NOTE

RICHIESTA PRESTAZIONE

Note richiesta

Inserisci...

500

Annulla

Continua

Selezionata la data, è possibile inserire eventuali informazioni utili nel **campo di testo**.

RIEPILOGO

RICHIESTA PRESTAZIONE

Riepilogo

Prestazione per Antonio Renella

Dati prestazione

Prestazione diretta
Fibromi della mammella - trattamento HIFU

Dettagli appuntamento

Struttura
Casa

Medico
Dott.

Disponibilità

Non hai indicato alcuna disponibilità

Dati Richiesta

Polizza
Generalalute Rsm 1
Dal: 01/07/2024 al: 30/06/2025
Contraente: BANCA D' ITALIA

Nella sezione riepilogo è possibile, inoltre, modificare **alcune informazioni e documenti** inseriti.

INVIO

RICHIESTA PRESTAZIONE

Grazie

La tua richiesta di prestazione diretta è stata inserita con successo. Potrai controllare lo stato della tua pratica dalla pagina di polizza.

Se la documentazione è completa ti daremo risposta entro 5 giorni lavorativi.

Torna alla polizza

All'invio della richiesta viene visualizzato un **messaggio di cortesia**. La richiesta è subito visibile nell'archivio richieste.

RICHIESTA DI RIMBORSO

SCELTA RICHIESTA RIMBORSO

RICHIESTA RIMBORSO

Hai già fatto la visita o gli esami?

Sì
Devo richiedere un rimborso

No
Devo richiedere una prestazione presso una struttura convenzionata

Annulla

Continua

Per iniziare la richiesta, selezione **l'opzione Sì**, e potrai richiedere un rimborso

SCELTA ANNUALITÀ

RICHIESTA RIMBORSO

Quando è avvenuta la prestazione?
Se la prestazione è relativa a un evento (es. ricovero) seleziona l'anno dell'evento

2021 >

2022 >

2023 >

2024 >

Annulla

Per iniziare la richiesta, è necessario indicare **l'annualità** (coperta dalle sue polizze) in cui è stata **effettuata la prestazione**.

SCELTA ASSICURATO

RICHIESTA RIMBORSO

Per chi stai chiedendo il rimborso?

Caponucleo

Antonio >

Familiari

Andrea >

Raffaello >

Antonietta >

Maria V >

Domenico >

Carmen >

Francesca >

Il Caponucleo seleziona il **nominativo di chi ha usufruito della prestazione** e che **beneficerà del rimborso**, tra i soggetti elencati.

SCELTA PRESTAZIONE

RICHIESTA RIMBORSO

Seleziona la prestazione

Cerca prestazione

Day Hospital Senza Intervento

Integrazione ASL

Spese collegate al ricovero

Day Hospital Con Intervento

Spese di Trasporto

Spese collegate al ricovero

Integrazione ASL

Extra Ricovero

Visite ed esami diagnostici

Altre Prestazioni da Malattia

Protesi

Nell'elenco di prestazioni suddiviso per categorie, è possibile selezionare la prestazione per cui chiedere il rimborso

RICHIESTA DI RIMBORSO

SELEZIONE POLIZZA

Seleziona la polizza

Generasalute Rsm 1
Polizza n. [redacted]
Dal 01/07/2023 al 30/06/2024
Contraente: [redacted]
Vedi massimali

Generasalute Rsm 1
Polizza n. [redacted]
Dal 01/07/2022 al 30/06/2023
Contraente: [redacted]
Vedi massimali

Hai bisogno di assistenza?

Annulla

Massimali di polizza

Dal 01.07.2023 al 30.06.2024

Medicina preventiva
Tipo: disponibile sul singolo assicurato
Residuo: Illimitato
Massimale: Illimitato
Utilizzato: 0,00 €

Ricovero
Tipo: disponibile su tutti gli assicurati della polizza
Residuo: 397.351,00 €
Massimale: 400.000,00 €
Utilizzato: 2.649,00 €

Anticipo ricovero
Tipo: disponibile su tutti gli assicurati della polizza
Residuo: 200.000,00 €
Massimale: 200.000,00 €
Utilizzato: 0,00 €

Se la **garanzia** fa riferimento a **più polizze**, sarà necessario **indicare una delle polizza associate**. Cliccando su *Vedi massimali* mostra i massimali associati alla polizza

SELEZIONE BENEFICIARIO

Chi riceve il rimborso?

Scegli se ricevere il bonifico sul tuo conto corrente o chiedere che venga emesso sul conto corrente dell'assicurato.

Io, Biagio [redacted]

Rossella [redacted]

Sono autorizzato ad incassare per conto dell'assicurato

Annulla

Continua

Il Caponucleo, in caso di richiesta aperta per conto di un familiare maggiorenne, deve scegliere **se indicare se stesso** (e fleggare l'autorizzazione ad incassare) o **il familiare** maggiorenne precedente selezionato come beneficiario del rimborso.

RICHIESTA DI RIMBORSO

RIEPILOGO DATI

< RICHIESTA RIMBORSO

Dati beneficiario rimborso

Antonio Renella

Email
TEST.01@GMAIL.COM

+ Aggiungi nuova email

IBAN
IT3110300203280913594821538

Unicredit Banca Di Roma Spa

+ Aggiungi nuovo IBAN

Annulla

Continua

AGGIUNTA RECAPITO E IBAN

< RICHIESTA RIMBORSO

Aggiungi nuovo IBAN

Inserisci l'IBAN sul quale chiedi che sia effettuato il rimborso.

Inserisci IBAN

Annulla

Continua

< RICHIESTA RIMBORSO

Aggiungi una nuova Email

Inserisci il tuo indirizzo e-mail su cui ricevere informazioni sulla pratica.

Inserisci email

Conferma email

Annulla

Continua

È possibile indicare un indirizzo **email** su cui ricevere documenti e informazioni sull'avanzamento della pratica, e un **IBAN**, su cui incassare il rimborso
È possibile aggiungere un'email o un IBAN diverso da quelli proposti selezionando «aggiungi numero» o «aggiungi IBAN».

RICHIESTA DI RIMBORSO

CARICAMENTO FATTURA

RICHIESTA RIMBORSO

Dati prestazione

Day Hospital senza Intervento Integrazione ASL

Documento di spesa

Carica il documento (dimensione massima 10 MB) e compila i dati della fattura. Il nome del file non deve contenere caratteri speciali (es. è,é,à,ù,ò,&,\$,@,%...).

+ Carica documento

Attenzione si può caricare un solo documento

Annulla

Continua

RICHIESTA RIMBORSO

Day Hospital senza Intervento Integrazione ASL

Documento di spesa

Carica il documento (dimensione massima 10 MB) e compila i dati della fattura. Il nome del file non deve contenere caratteri speciali (es. è,é,à,ù,ò,&,\$,@,%...).

PROVA.pdf
pdf file - 14.7 KB

Documento di spesa emesso all'estero

Emittente fattura

Numero fattura

Data fattura

Importo fattura

Data inizio ricovero

In caso di **fattura** è possibile caricare **un solo documento** ed è **necessario compilare i campi indicati** nella relativa schermata. Il bottone «**continua**» si abilita solo se sono stati caricati tutti i **documenti obbligatori**.

DOCUMENTAZIONE MEDICA

RICHIESTA RIMBORSO

Carica i documenti medici

I documenti serviranno per valutare la richiesta in corso. In seguito potrebbero essere richiesti documenti aggiuntivi.

La dimensione massima di ciascun documento è 10 MB. Il nome del file non deve contenere caratteri speciali (es. è,é,à,ù,ò,&,\$,@,%...).

Cartella clinica

Quali documenti caricare?

+ Carica cartella clinica

Altri documenti

+ Carica documento

Annulla

Continua

I **documenti** richiesti **variano** in base alla **prestazione** selezionata in precedenza.

Il bottone «**continua**» si abilita solo se sono stati caricati tutti i **documenti obbligatori**.

i INFO UTILE

È possibile **allegare più file**, sia caricando un documento già salvato sia attivando la fotocamera dello smartphone.

È consentito il caricamento di documenti **con il seguente formato:**

- **.jpeg;**
- **.png;**
- **.pdf;**

con una dimensione massima di 10 MB.

RICHIESTA DI RIMBORSO

NOTE

RICHIESTA RIMBORSO

Note richiesta

Inserisci...

500

Annulla

Continua

Selezionata la data, è possibile inserire eventuali informazioni utili nel **campo di testo**.

RIEPILOGO

RICHIESTA RIMBORSO

Riepilogo

Rimborso per

Dati fattura

Day Hospital senza Intervento
Integrazione ASL

150,00 € Data fattura:
24/11/2023

Data inizio ricovero Data fine ricovero
23/11/2023 24/11/2023

Prova.pdf

Documenti medici

Non hai inserito documenti

Dati rimborso

Polizza
Generalalute Rsm 1
Dal: 01/07/2023 al: 30/06/2024
Contraente: BANCA D'ITALIA

Nella sezione riepilogo è possibile, inoltre, modificare **alcune informazioni e documenti** inseriti.

INVIO

RICHIESTA RIMBORSO

Grazie

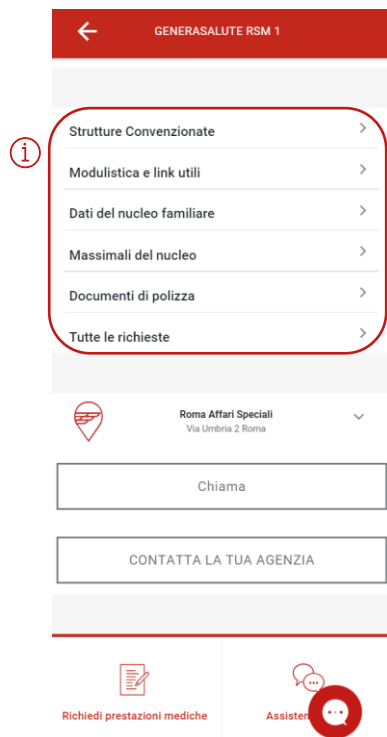
La tua richiesta di rimborso spese mediche è stata inserita con successo. Potrai controllare lo stato della tua pratica dalla pagina di polizza.

Se la documentazione è completa ti daremo risposta entro 30 giorni lavorativi.

Torna alla polizza

All'invio della richiesta viene visualizzato un **messaggio di cortesia**. La richiesta è subito visibile nell'archivio richieste.

SEZIONI INFORMATIVE



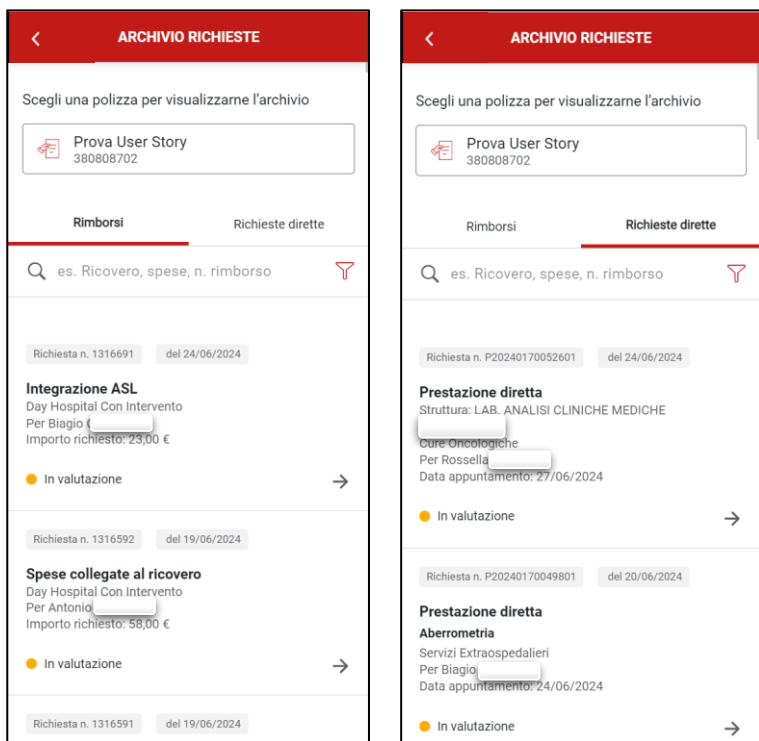
Dalla **pagina del dettaglio di polizza**, scorrendo in basso è possibile raggiungere, le sezioni con informazioni aggiuntive sulla tua polizza.

INFO UTILE

- **Strutture Convenzionate** da cui è possibile ricercare in anteprima le strutture sanitarie convenzionate
- **Modulistica e link utili** in cui è possibile consultare i principali moduli e link, inclusi i moduli privacy e consensi
- **Dati del nucleo familiare** con cui è possibile visualizzare le informazioni relative al tuo nucleo familiare
- **Massimali del nucleo** in cui è possibile consultare l'elenco dei massimali, distinti per annualità e familiare
- **Documenti di polizza** da cui è possibile consultare i documenti relativi alle proprie polizze
- **Tutte le richieste** in cui è possibile accedere all'archivio di tutte le richieste

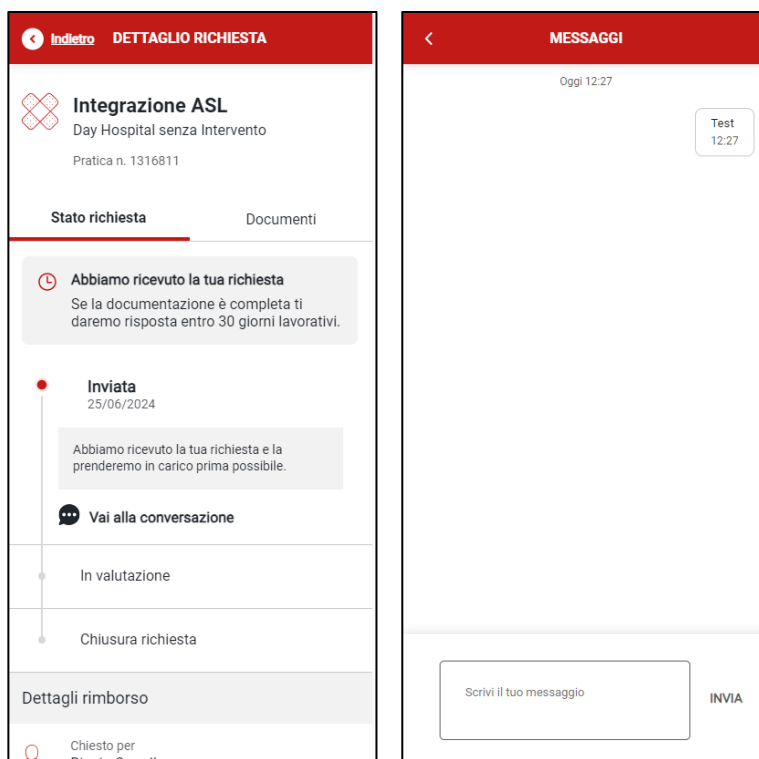
CONSULTAZIONE RICHIESTE ED OPERAZIONI AGGIUNTIVE

ARCHIVIO RICHIESTE



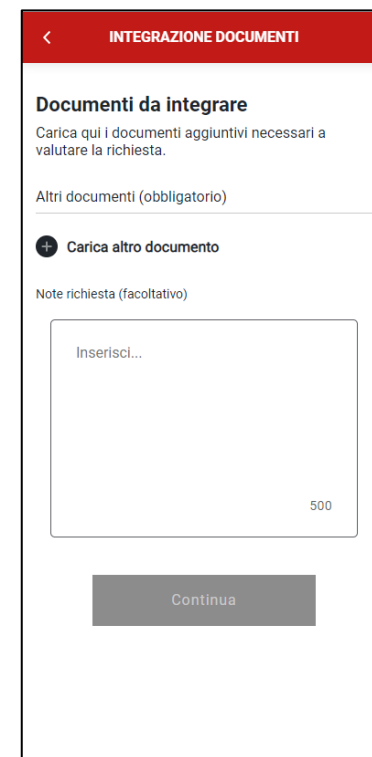
Nella **sezione «archivio richieste»** sono riepilogate **tutte le richieste effettuate**, con i **dati principali** (es: numero richiesta; data richiesta; beneficiario; importo da rimborsare/data appuntamento; ecc.) e relativa **icona di stato**.

MESSAGGI LIQUIDATORE



Ad eccezione dei casi di richieste di rimborso «In Valutazione» e dirette «Annullata», è possibile avviare una **chat con il liquidatore** per ricevere informazioni sulla pratica, selezionando la richiesta e cliccando su «Vai alla conversazione»

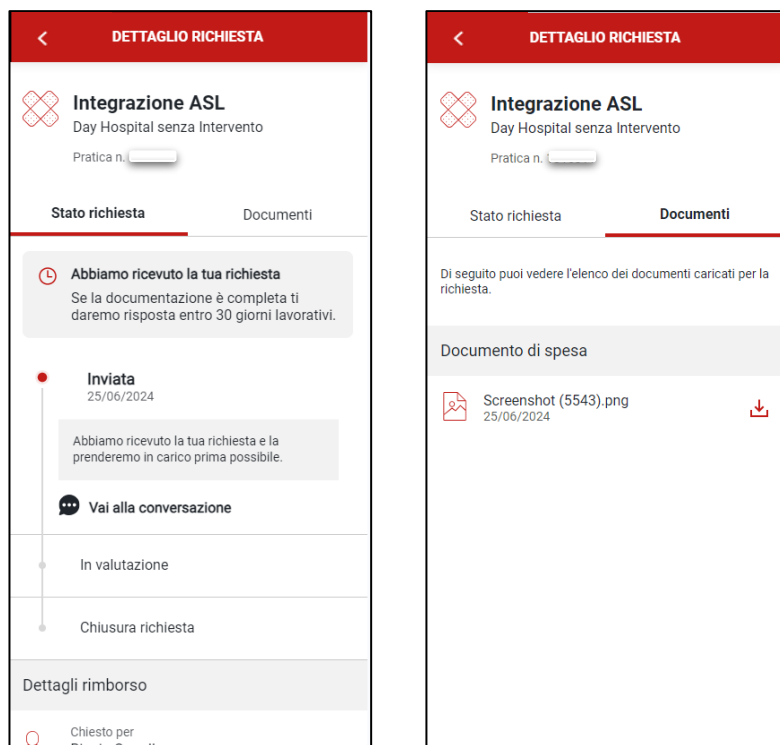
RICHIESTA INTEGRAZIONE



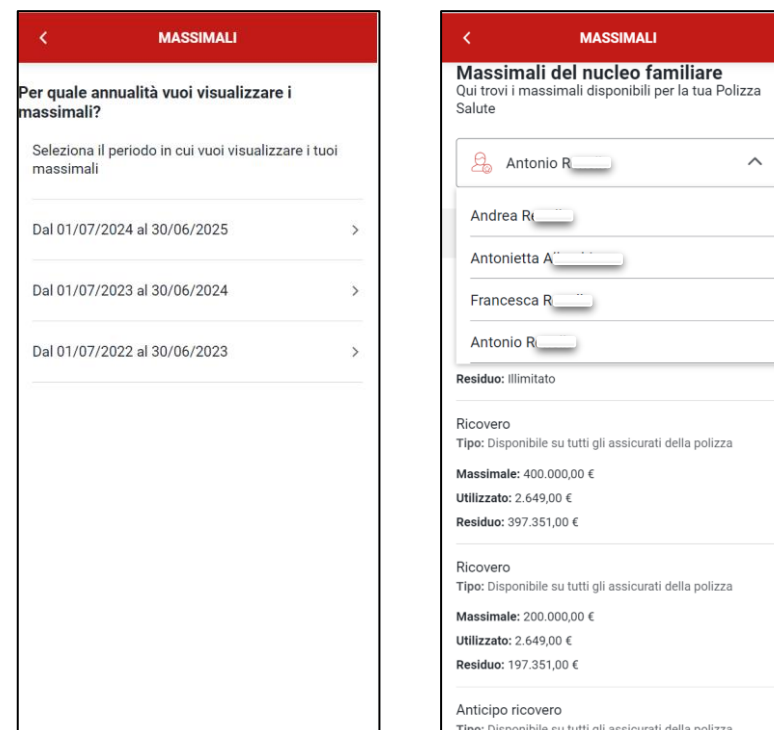
Per le richieste in stato «**Richiesta integrazione**» è necessario provvedere al **completamento delle informazioni** o al **caricamento dei documenti**.

SEZIONI INFORMATIVE

DETTAGLIO RICHIESTA



MASSIMALI



- In «**dettaglio richiesta**» sono disponibili tutte le info della richiesta selezionata:
- **Tracking della richiesta**, con il dettaglio dello stato di avanzamento della pratica, disponibile nel tab «stato richiesta»
 - **Dettagli della richiesta**, con tutte le informazioni inserite in fase di apertura, disponibile nel tab «stato richiesta»
 - **Tutti i documenti** associati alla richiesta, sia quelli caricati in fase di apertura sia quelli eventualmente inseriti in caso di richieste di integrazione successive.

È possibile **visualizzare il massimale di polizza**, la somma utilizzata e quella residua, filtrando per annualità e assicurato.

CONSENSO PRIVACY

RICHIESTA RIMBORSO

Consenso Privacy

Preso visione dell'allegata informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy e autorizzo il trattamento dei dati.

Trattamento dei dati personali

Autorizzo Generali Italia al trattamento delle categorie particolari dei suoi dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in suo favore previsti

Annulla

Continua

RICHIESTA RIMBORSO

I consensi dell'assicurato

Per inserire richieste per conto di un altro assicurato, carica la delega e il consenso privacy compilati e firmati dall'assicurato selezionato.

Documento delega e privacy >

+ Carica documento firmato

Annulla

Continua

RICHIESTA RIMBORSO

Consenso privacy per maggiorenne

In qualità di capo nucleo delegato dichiaro di aver sottoposto all'assicurato selezionato il modulo di delega alla gestione del contratto, che ha compilato in tutte le sue parti, e l'informativa privacy sul trattamento dei dati personali per fini assicurativi, come da documento caricato.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy e autorizzo il trattamento dei dati.

Trattamento dei dati personali

Autorizzo Generali Italia al trattamento delle categorie particolari dei suoi dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in suo favore previsti

Annulla

Continua

RICHIESTA RIMBORSO

Consenso privacy per minore

Dichiaro che, in qualità di assicurato/caponucleo esercente la patria potestà nei confronti del minore selezionato ho preso visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali (I) prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii),

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy e autorizzo il trattamento dei dati.

Trattamento dei dati personali

Autorizzo Generali Italia al trattamento delle categorie particolari dei suoi dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in suo favore previsti

Annulla

Continua

RICHIESTA RIMBORSO

Vuoi attivare la gestione automatizzata per velocizzare le tue pratiche?

Gestione Automatizzata (Facoltativo)

Autorizzo Generali Italia al trattamento dei miei dati personali anche particolari, inclusi i dati relativi alla salute, ai fini della gestione, in forma totalmente automatizzata, della richiesta di indennizzo e per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (ii), (iii) e (iv).

Annulla

Continua

Il flusso per la gestione dei consensi privacy si attiva all'interno del flusso di richieste. **La delega e l'informativa sono disponibili anche accedendo alla sezione link e modulistica del dettaglio di Polizza.** In caso di familiare minorenni, il consenso viene prestato direttamente dal Caponucleo.