

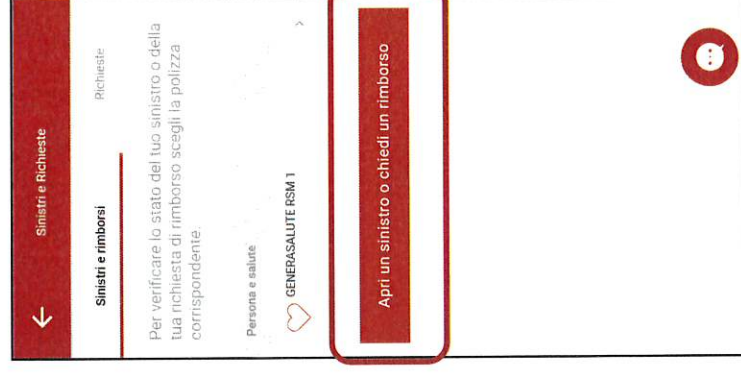
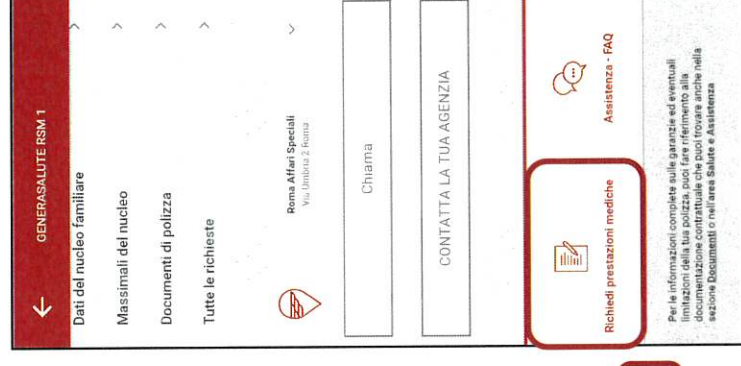
CASSA GEOMETRI – MANUALE MYGENERALI: GUIDA AI FLUSSI E ALLE FUNZIONALITÀ



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.

INSERISCI RICHIESTA

Hai già fatto la visita o gli esami?

☐ Sì

Devo richiedere un rimborso

☐ No

Devo richiedere una prestazione presso una struttura convenzionata

Annulla

Continua

DIRETTA

Scelta assicurato

Scelta prestazione

Scelta polizza

Scelta garanzia

Scelta recapiti

Documentazione medica

Scelta struttura e medico

Prenotazione

Note

Riepilogo e invio richiesta

RIMBORSO

Scelta annualità

Scelta assicurato

Scelta prestazione

Scelta polizza

Scelta beneficiario

Scelta recapiti

Caricamento fattura

Documentazione medica

Note

Riepilogo e invio richiesta



PRESA IN CARICO DIRETTA

SCELTA PRESTAZIONE DIRETTA

<

RICHIESTA PRESTAZIONE

Hai già fatto la visita o gli esami?

☐ Sì

☒ No

Devo richiedere un rimborso

Devo richiedere una prestazione presso una struttura convenzionata

Annulla

Continua

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

SCELTA ASSICURATO

<

RICHIESTA PRESTAZIONE

Per chi stai chiedendo la prestazione diretta?

Capouncleo

Antoniol

Familiari

Carmen

Raffaele

Antonietta

Francesca

Maria Vittoria

Nunzia

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

SCELTA PRESTAZIONE

<

RICHIESTA PRESTAZIONE

Che tipo di prestazione vuoi prenotare?

☒ Esami e prevenzione

☐ Ricovero con intervento

☐ Ricovero Grande Intervento

☐ Ricovero senza intervento

☐ Day Hospital con intervento

☐ Day Hospital senza intervento

☐ Intervento Ambulatoriale

☐ Pre e Post

☐ Ricovero privato

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

i 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

Q oste

Impianto osteointegrato odontoiatrico (incluso piastrino prefabbricato)

Ossigeno-ozonoterapia per patologie osteoarticolari, indipendentemente dalla sede di infiltrazione

Rinomaneometria (anteriore e/o posteriore)

Trattamento osteopatico (seduta individuale - da 45' a 60')

Annulla

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.

SCELTA GARANZIA

RICHIESTA PRESTAZIONE

Seleziona la garanzia

☐ Visita

☐ Accertamenti Diagnostici

☐ fisioterapia

☐ Visite per patologie oncologiche

☐ Chemioterapia e Radioterapia

☐ Esami Diagnostici di follow-up oncologici...

☐ Esami Diagnostici

☐ Visita dentaria

☐ Ablazione tartaro

☐ Cure dentarie - piano di cura

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.

SCELTA DELLA POLIZZA

RICHIESTA PRESTAZIONE

Seleziona la polizza

Prova User Story

Polizza

Dal 01/07/2023 al 30/06/2024

Contraente

Vedi massimali

Prova User Story

Polizza n. 1

Dal 01/07/2024 al 30/06/2025

Contraente

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 €

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
341

+ Aggiungere nuovo cellulare

Annulla

Continua

AGGIUNTA RECAPITI

<

RICHIESTA RIMBORSO

Aggiungi una nuova Email

Inserisci il tuo indirizzo email 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. a%,a,u,i,o,&,\$,@,%.).

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

Selezione la struttura convenzionata

Seleziona la struttura convenzionata o ricerca il medico

Regione

Abruzzo

Provincia

Chieti

Ricerca per medico

Strutture convenzionate

Q Cerca struttura

I Strutture disponibili

Casa Di Cura f
Viale Amendola 93

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

SCELTA PER MEDICO

<

RICHIESTA PRESTAZIONE

Selezione il medico

Seleziona il medico o ricerca per struttura

Regione

Abruzzo

Provincia

Chieti

Ricerca per struttura

Medici convenzionati

Q Cerca medico

26 Medici disponibili

Antonio
Radiodiagnostica

Attilio
Reumatologia

Vincenzo

<

RICHIESTA PRESTAZIONE

Selezione la struttura convenzionata

Seleziona la struttura convenzionata o ricerca il medico

Regione

Abruzzo

Provincia

Chieti

Ricerca per medico

Strutture convenzionate

Q Cerca struttura

I Strutture disponibili

Casa Di Cura Spalocco
Viale Amendola 93

<

RICHIESTA PRESTAZIONE

Selezione la struttura

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

Antonio Neri
Radiodiagnostica

Strutture convenzionate

Q Cerca struttura

I 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», prosegui 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 la tua 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 «Sì, 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	Mai	Gio	Ven	Sab	Dom
	2	3	4	5	6
8	9	10	11	12	13
15	16	17	18	19	20

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 I

Medico

Dott.

Disponibilità

Non hai indicato alcuna disponibilità

Dati Richiesta

Polizza

Generosalute Rsm 1

Dal 01/07/2024 al 30/06/2025

Conferente 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.

Sa 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 **Si**, 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 I >

Raffaele >

Antonio >

Maria VI >

Donneni >

Carmel >

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

Proteai

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



RICHIESTA DI RIMBORSO

SELEZIONE POLIZZA

<

RICHIESTA RIMBORSO

Seleziona la polizza

Generalsalute Rm 1

Polizza n.

Dal 01/07/2023 al 30/06/2024

Contrattante

Vedi massimali

Generalsalute Rm 1

Polizza n.

Dal 01/07/2022 al 30/06/2023

Contrattante

Vedi massimali

Ha 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

<

RICHIESTA RIMBORSO

Chi riceve il rimborso?

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

☒ Io

☐ Rossella

☒ Sono autorizzato ad incassare per conto dell'assicurato

Annulla

Continua

<

RICHIESTA RIMBORSO

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

☐ Rossella

Annulla

Continua

Il Caponuccio, in caso di richiesta aperta per conto di un familiare maggiorenne, deve scegliere **se indicare se stesso** (e fleggere 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 Benella

Email: TEST01@GMAIL.COM

+ Aggiungi nuova email

IBAN: IT31103002032809135594821538

Unisciti alla banca d'Intesa 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».



DOCUMENTAZIONE MEDICA

<

RICHIEDI IL RIMBORSO

Carica i documenti medici

I documenti serviranno per validare 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. eRéduo&S@%_).

Cartella clinica

?

 Quali documenti caricare?

+ Carica cartella clinica

+

 Carica documento

Altri documenti

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**.



DOCUMENTAZIONE MEDICA

<

RICHIEDI RIMBORSO

Carica i documenti medici

I documenti serviranno per validare 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. eRéúúüó&S@%_).

Cartella clinica

?

 Quali documenti caricare?

+ Carica cartella clinica

+

 Carica documento

Altri documenti

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**.

RICHIESTA DI RIMBORSO

NOTE

<

RICHIESTA RIMBORSO

Note richiesta

Insediata

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
23/11/2023

Data fine ricovero
24/11/2023

Prova pdf

Documenti medici

Non hai inserito documenti

Dati rimborso

Polizza
General Salute Ram 1
Dal 01/07/2023 al 30/06/2024
Controente 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



i INFO UTILE

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

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



CONSULTAZIONE RICHIESTE ED OPERAZIONI AGGIUNTIVE

ARCHIVIO RICHIESTE

ARCHIVIO RICHIESTE

Scegli una polizza per visualizzarne l'archivio

Prova User Story
380698702

Rimborsi

Richieste dirette

es. Ricevuto spese n. rimborso

Richiesta n. 1316461 del 24/06/2024

Integrazione ASL
Day Hospital Con intervento
Per Biopet
Importo richiesto 23700 €

In validazione

es. Spese collegate al ricovero

Richiesta n. 131652 del 19/06/2024

Spese collegate al ricovero
Day Hospital Con intervento
Per Antonio
Importo richiesto 28700 €

In validazione

es. Ricevuto spese n. rimborso

Richiesta n. 1310391 del 19/06/2024

Spese collegate al ricovero
Day Hospital Con intervento
Per Antonio
Importo richiesto 28700 €

In validazione

ARCHIVIO RICHIESTE

Scegli una polizza per visualizzarne l'archivio

Prova User Story
380698702

Rimborsi

Richieste dirette

es. Ricevuto spese n. rimborso

Richiesta n. 1316461 del 24/06/2024

Prestazione diretta
Bariatrica 1 AN ANALISI CLINICHE MEDICHE
Impermeabilizzante
Per Rossella
Data appuntamento 27/06/2024

In validazione

es. Ricevuto spese n. rimborso

Richiesta n. 131652 del 19/06/2024

Prestazione diretta
Bariatrica 1 AN ANALISI CLINICHE MEDICHE
Impermeabilizzante
Per Antonio
Data appuntamento 24/06/2024

In validazione

MESSAGGI LIQUIDATORE

MESSAGGI

Oggi 12:27

Test
123

Scrivi il tuo messaggio

INVIA

DETAILLO RICHIESTA

Integrazione ASL
Day Hospital senza intervento
Pratica n. 1310811

Stato richiesta

Documenti

Abbiamo ricevuto la tua richiesta

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

Inviata

25/06/2024

Abbiamo ricevuto la tua richiesta e la prenderemo in carico prima possibile.

Vai alla conversazione

In valutazione

Chiusura richiesta

Dettagli rimborso

Chiedi per

RICHIESTA INTEGRAZIONE

INTEGRAZIONE DOCUMENTI

Documenti da integrare
Carica qui i documenti aggiuntivi necessari a valutare la richiesta.

Altri documenti (obbligatorio)

Carica altro documento

Note richiesta (facoltativo)

Inserisci...

300

Continua

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.

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»

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



MASSIMALI

<

DETTAGLIO RICHIESTA

Integrazione ASL
Day Hospital senza intervento
Pratica n. _____

Stato richiesta

Documenti

Da seguito puoi vedere l'elenco dei documenti caricati per la richiesta.

Screenshot (5543).jpg
25/06/2024

Integrazione ASL
Day Hospital senza intervento
Pratica n. _____

Stato richiesta

Documenti

Abbiamo ricevuto la tua richiesta

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

Inviata
25/06/2024

Val alla conversazione

Abbiamo ricevuto la tua richiesta e la prenderemo in carico prima possibile.

In valutazione

Chiusura richiesta

Dettaglio rimborso

Clicca qui per

MASSIMALI	
Per quale annualità vuoi visualizzare i massimali?	
Seleziona il periodo in cui vuoi visualizzare i tuoi massimali	
Dal 01/07/2024 al 30/06/2025	>
Dal 01/07/2023 al 30/06/2024	>
Dal 01/07/2022 al 30/06/2023	>

MASSIMALI	
Massimali del nucleo familiare Qui trovi i massimali disponibili per la tua Polizza Salute	
Antonio R.	<
Andrea R.	
Antonietta A.	
Francesca R.	
Antonio R.	
Residuo: eliminato	
Ricovero Tipo: Disponibile su tutti gli assicurati della polizza	
Massimale: 400.000,00 €	
Utilizzato: 2.649,00 €	
Residuo: 397.351,00 €	
Ricovero Tipo: Disponibile su tutti gli assicurati della polizza	
Massimale: 300.000,00 €	
Utilizzato: 2.649,00 €	
Residuo: 197.351,00 €	
Anticipo ricovero	

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.



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.

Treatmento 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 tutto 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.

Treatmento 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), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è

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

Treatmento 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 (Facoltativa)

Autorizzo Generali Italia al trattamento dei miei dati personali, anche particolari, relativi a 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 (i), (ii) 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.



CASSA GEOMETRI – MANUALE MY GENERALI: COME REGISTRARSI



AREA CLIENTI PER EFFETTUARE LA DENUNCIA ONLINE

Il processo di Denuncia Online per gli assicurati delle polizze sanitarie Cassa Geometri può essere effettuato attraverso l'Area Clienti di Generali Italia, raggiungibile al link:

<https://areaclienti.generalitaly.it/AreaClienti/area-clienti.html>

o scaricando l'App MyGenerali disponibile negli store Android, iOS e Huawei.

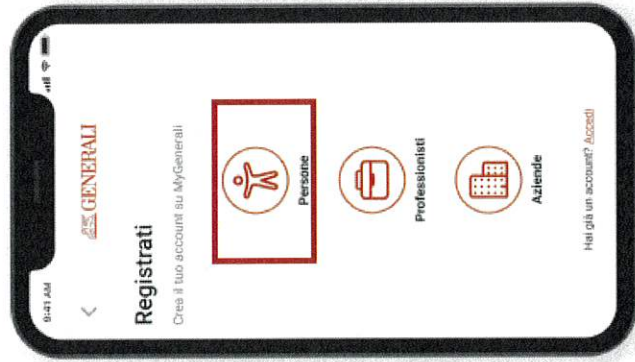
1. Per poter effettuare una Denuncia Online è necessario essere registrati Area Clienti.
2. Per chi è già registrato è sufficiente effettuare il login per accedere.



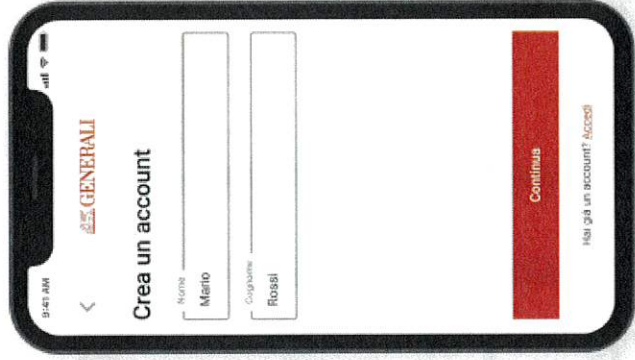
COME REGISTRARSI AD AREA CLIENTI



Per iniziare la registrazione clicca su **Registrati**



Seleziona **Persone**



Inserisci **Nome e Cognome**, e clicca su **Continua**



COME REGISTRARSI AD AREA CLIENTI

Inserisci l'indirizzo email o il numero cellulare da utilizzare come Nome Utente. Questo recapito deve coincidere con quello comunicato a Cassa Geometri o comunicato in fase di adesione e registrato sui sistemi di Generali



Riceverai un codice di verifica OTP al numero di cellulare o all'indirizzo email appena inserito

Inserisci il codice composto da sei cifre e clicca su **Continua**

La registrazione è conclusa. Adesso per entrare clicca su **Accedi**



COME ACCEDERE AD AREA CLIENTI

Al primo accesso all'Area Clienti e in situazioni che richiedono un maggiore livello di sicurezza, sarà inviato un codice di verifica temporaneo composto da sei caratteri numerici al numero di cellulare registrato sui sistemi Generali. È fondamentale avere un recapito cellulare censito in anagrafica Generali per poter procedere in caso di conferma dell'identità e proseguire con le operazioni in sicurezza.

Se non hai ancora un numero di cellulare censito sui sistemi di anagrafica di Generali Italia



Inserisci nome utente e password, che hai indicato durante la fase di registrazione

Se sui nostri sistemi non risulta **presente un recapito cellulare** abbinato a te, comparirà questo messaggio e dovrai cliccare sul tasto «**Richiedi assistenza**» per censire un numero cellulare

Compila il form e inserisci il recapito cellulare che desideri (inserire il numero senza punti e senza +39). Tieni sotto mano un documento di identità valido, dovrai allegarlo al form, inserendo i dati. Una volta verificata la tua identità e recepita la modifica sui sistemi, sarai avisato sulla email che hai indicato.



COME ACCEDERE AD AREA CLIENTI

Se hai già un numero di cellulare censito sui sistemi di anagrafica di Generali Italia ma vuoi cambiarlo o non lo riconosci



Inserisci nome utente e password, che hai indicato durante la fase di registrazione

Se sui nostri sistemi è già presente un **numero di cellulare**, il **codice di verifica** sarà inviato a questo recapito che puoi vedere riportato nel testo con gli asterischi. Se **non riconosci il numero** o vuoi inserire un nuovo clicca su **«Aggiungi recapito»**

Compila il form e inserisci il recapito cellulare che desideri (inserire il numero senza punti e senza +39). Tieni sotto mano un documento di identità valido, dovrai allegarlo e invia. Una volta verificata la tua identità e recepita la modifica sui sistemi, sarai avisato sulla email che hai indicato.

