MODELLO RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE

Il presente modello contiene tutte le informazioni necessarie per la denuncia del sinistro

Da inviare a **Blue Assistance – Ufficio Liquidazione Danni** – Via Santa Maria, 11 10122 – Torino

Per informazioni**:** dall'Italia 800-109109 / dall'estero +39 011.7425544

CONTRAENTE _____ **POLIZZA N°** _____

ASSICURATO _____ ☐ Coniuge/Convivente ☐ Figlio ☐ Altro

Persona cui si riferiscono le spese

Indirizzo ove ricevere comunicazioni Via/C.so _____ Num. Civ. _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____ Recapito telefonico _____

Altre coperture sanitarie del nucleo famigliare ☐ NO ☐ SI _____

Compagnia/Fondo/Cassa

Attivare il servizio di informazione **via SMS** sullo stato della pratica. ☐ NO ☐ SI **N.Cellulare** _____

Attivare il servizio di informazione **via email** sullo stato della pratica ☐ NO ☐ SI **e-mail** _____

(Qualora venga inserito l'indirizzo email le comunicazioni avverranno tramite questo canale contestualmente al pagamento del sinistro)

DATI BANCARI (OBBLIGATORI)

Cognome e nome del/i titolare/i del c/c _____

Codice fiscale del titolare del c/c (obbligatorio se diverso da quello del contraente) _____

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EVENTO CUI SI RIFERISCE IL SINISTRO

RICOVERI e/o INTERVENTI

☐ Ricovero con/senza intervento chirurgico ☐ Day Hospital con/senza intervento chirurgico ☐ Intervento ambulatoriale

☐ Parto naturale ☐ Parto cesareo/aborto terapeutico ☐ pre e/o post ricovero/intervento

Periodo di degenza dal _____ *al* _____ *Motivo del ricovero* _____

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Ricovero/Day Hospital: copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria
- Intervento ambulatoriale: copia della relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Copia degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento
- Diaria sostitutiva (riconosciuta per i ricoveri a totale carico del SSN): copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria

EXTRARICOVERO (prestazioni non connesse a Ricovero, Day Hospital o intervento ambulatoriale)

Patologia _____

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Prescrizione medica con indicazione della presunta patologia e/o della relativa diagnosi
- Copia dei giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento
- Cure dentarie (qualora la polizza ne preveda la valutazione di rimborso): necessario il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Lenti/occhiali (qualora la polizza ne preveda la valutazione di rimborso): necessaria la dichiarazione medica di variazione del visus

☐ **Documentazione relativa a prestazione già presa in carico da Blue Assistance in forma diretta**

DOCUMENTAZIONE DI SPESA

N° ricevuta	Data	Ente emittente / Professionista	Importo in Euro

Data _____ **Firma dell'assicurato** (o di chi ne esercita la patria potestà) _____