MODULO DI DENUNCIA SINISTRO E RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

Documento che l'Assicurato deve inviare a mezzo raccomandata a MyAssistance s.r.l. Via Luigi Soderini, 55 – 20146 Milano per richiedere rimborso per le spese sostenute relativamente al proprio sinistro.

Contraente: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Contraente/Assicurato per il quale si richiede il rimborso: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Numero Polizza : _____

Patologia o sospetto diagnostico: _____

(come da certificato medico allegato alla presente)

RICOVERO: degenza dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____

Il Contraente/Assicurato con la presente fa richiesta di rimborso delle seguenti notule/fatture nel rispetto delle condizioni previste dalla convenzione assicurativa:

Ft. Numero	Data Fattura	Importo	Ft. Numero	Data Fattura	Importo

Coordinate bancarie del Contraente/Assicurato in formato IBAN:

Titolare del conto corrente: _____

Banca d'appoggio: _____ Filiale: _____

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

INDICAZIONI UTILI PER L' INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

1. Compilare un modulo per ogni persona e per ogni evento;
2. Fatture o notule non relative a ricovero devono essere accompagnate da certificato medico indicante la patologia presunta o diagnosticata;
3. Fatture o notule devono essere inviate in originale, o in copia conforme all'originale;
4. Allegare copia referti e/o cartella clinica in caso di rciovero
5. Per richiedere il rimborso di spese sostenute durante il periodo pre o post ricovero è necessario indicare nell'apposito campo il relativo periodo di ricovero e, in caso di ricovero in struttura convenzionata, è necessario allegare copia del relativo "Modulo di richiesta prestazione diretta".
6. È obbligatorio, ai fini del rimborso, indicare il codice fiscale del titolare del conto corrente che richiede il rimborso e le coordinate bancarie in formato IBAN.

_____ _____

Luogo e data Firma del contraente/assicurato per accettazione

Ricevuta l' informativa ai sensi del d. lgs .del 30/06/2003 n° 196" Codice in materia di protezione dei dati personali",
ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e 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 MyAssistance S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto del le disposizioni della vigente normativa.

_____ _____

Luogo e data Firma per il consenso del richiedente la prestazione