MODULO di RICHIESTA RIMBORSO

Da inviare a Blue Assistance – Ufficio Liquidazione Danni – Via Santa Maria, 11 - 10122 – Torino
Per informazioni **800.092.092** dall'estero **+39 011.742.5555**

AZIENDA/ENTE _____

ISCRITTO /DIPENDENTE _____
Cognome e nome

ASSISTITO _____ ☐ Iscritto ☐ Coniuge/Convivente ☐ Figlio ☐ Altro
Persona cui si riferiscono le spese

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO MAIL_____Indirizzo ove restituire la documentazione se inviata in originale
Via/C.so _____ Num. Civ. _____CAP _____ Località _____ Prov. _____

Altre coperture sanitarie del nucleo famigliare ☐ NO ☐ SI, _____
Compagnia/Fondo/Cassa

Desidero attivare per questa denuncia il servizio **INFO SMS** sullo stato della pratica. **N.Cellulare** _____

DATI BANCARI (OBBLIGATORI)

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

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

EVENTO CUI SI RIFERISCE LA RICHIESTA DI RIMBORSO

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: 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 Ricoveri e/o interventi)
Patologia _____

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:
- Copia della 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 copia della dichiarazione medica di variazione del visus
- Copia del Certificato del Pronto Soccorso (in caso di infortunio)

☐ **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

Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata

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

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto ACCONSENTE al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili, necessari per la gestione delle pratiche relative alla copertura sanitaria a cui aderisce, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnia di Assicurazioni e Società di Servizi, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.
Il sottoscritto dichiara inoltre che i giustificativi di spesa in originale rimangono in suo possesso, manlevando Blue Assistance e Reale Mutua Assicurazioni da qualsivoglia pretesa da chiunque avanzata. Si specifica che la Società si riserva la facoltà di richiedere l'originale dei documenti presentati e nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti , la Società ne darà comunicazione alle competenti autorità giudiziarie.

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