



Modulo di denuncia sinistro per indennità/rimborso spese sanitarie previste dalla copertura:

Ricoveri e interventi

Diagnostica e analisi

Benessere dentale

Oculistica e benessere visivo

Visite, prevenzione e farmaci

Fisioterapia

Malattie gravi +

Da compilarsi a cura dell'Assicurato. Si prega di utilizzare un modulo per ciascun nominativo anche in caso di assicurati dello stesso nucleo familiare.

Informazioni sulla polizza

Dati polizza

Polizza n. _____

Nome Cognome Contraente _____

Dati Assicurato

Nome Cognome _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo _____

Cap _____

Telefono/Cellulare _____

Email _____

Informazioni per la liquidazione del sinistro

In relazione alla denuncia di sinistro abbiamo bisogno di ricevere il codice Iban di un conto corrente a lei intestato

Iban _____

Contatti utili e modalità di invio della denuncia

Per ricevere assistenza e per essere supportato nella compilazione del modulo di denuncia sinistro può contattare il n. **800.124.124** oppure il n. **+39.02.30.32.80.13** se chiama dall'estero.

Il modulo di denuncia compilato in tutte le sue parti e firmato, unitamente alla copia della documentazione medica e di spesa, deve essere inviato al seguente indirizzo:

**Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical Sp.A. – Via E. Forlanini, 24
– Località Borgo Verde – 31022 Preganziol (TV)**

Data denuncia sinistro

.....

Firma dell'Assicurato

(se minore, firma di chi esercita la
potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

.....



Prestazioni per le quali si richiede l'indennità/rimborso

Ricovero con/senza intervento chirurgico	Trattamenti fisioterapici
Day Hospital, Day Surgery, Int. chirurgico ambulatoriale	Controllo e misurazione della vista Lenti e occhiali da vista
Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)	Intervento di chirurgia refrattiva/cataratta
Parto o aborto terapeutico	Indennità malattie gravi
Indennità sostitutiva da ricovero	Indennità sindromi influenzali di natura pandemica
Interventi di piccola chirurgia estetica	Altro (farmaci, trasporto sanitario, accompagnatore...)
Terapie oncologiche e dialisi	Cure dentarie
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio	

Documentazione di spesa

La documentazione di spesa è da allegare in copia unitamente al modulo di denuncia

1	N° Fattura/ Ricevuta	Ente emittente	Data Fattura/ Ricevuta	IMPORTO											
2															
3															
4															
5															
6															
7															

Documentazione per infortunio o incidente stradale

In caso di infortunio o incidente stradale è necessario fornire anche:

Certificato del Pronto Soccorso o, in assenza di strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

solo in caso di incidente stradale allegare anche:

Verbale dell'Autorità Giudiziaria

CID e copia di altri documenti (ad esempio cartelle cliniche, certificati di degenza) o altro elemento di prova utile per lo svolgimento degli accertamenti e per stabilire l'accaduto.

Per infortunio o incidente stradale con coinvolgimento di terzi fornire le seguenti informazioni:

Nome Cognome della Controparte	
Nome della Compagnia della Controparte	
Polizza n. della Controparte	
Data accadimento dell'evento	
Autorità intervenute	

Altra documentazione utile

Cartelle cliniche

Prescrizioni mediche

Altro

Indicare il n. dei documenti che saranno presentati in allegato alla denuncia _____

Altre informazioni da comunicare

Ai fini della presente domanda di indennità/rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

dichiara non dichiara

Le chiediamo inoltre conferma che:

- Non esistono altre polizze stipulate per gli stessi rischi
- Esistono altre polizze stipulate per gli stessi rischi con

Compagnia _____

Agenzia _____

Polizza n. _____