

**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 InSalute Servizi S.p.A. - Via San Francesco d'Assisi, 10 - 10122 Torino**

**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

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

