



**MODULO DI DENUNCIA "POLIZZA PREVENZIONE E  
SALUTE"**

*Da compilarsi a cura dell'Assicurato/a*

Spettabile  
INTESA SANPAOLO ASSICURA S.P.A.  
Ufficio Sinistri – C.so Inghilterra, 3  
10138 Torino  
sinistrialute@intesasanpaoloassicura.  
com

Polizza N° ..... Cognome e nome (Contraente):.....

COGNOME(ASSICURATO):	NOME (ASSICURATO):
C.F.:	
INDIRIZZO:	CAP:
TELEFONO/CELLULARE:	E-mail:

**PACCHETTO** :  DIAGNOSTICA

Le garanzie colpite dal sinistro sono riferite al seguente pacchetto:

**DIAGNOSTICA**

Operatori sanitari utilizzati:

struttura:     convenzionata             non convenzionata             SSN  
medico:         convenzionato             non convenzionato             SSN

TIPOLOGIA DI ACCERTAMENTO:

\_\_\_\_\_ (descrizione)

Si allega :

- la prescrizione medica con l'indicazione della patologia e la presunta data di insorgenza.
- la fattura della prestazione effettuata.

Per i pacchetti **CONSULENZA MEDICA** e **PREVENZIONE** occorre contattare preventivamente la centrale operativa di Medic4all ai seguenti numeri telefonici:

**dall'Italia numero: 800.124.124**  
**dall'Estero numero: 0039 02 30328013**

ed inviare via fax al numero 0039 02 30351520 o via e-mail [sinistri@medic4all.it](mailto:sinistri@medic4all.it) la prescrizione medica con l'indicazione della patologia e la presunta data di insorgenza. Il servizio è operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 20.00 e il sabato dalle ore 8.30 alle ore 13.30.

Per informazioni relative al sinistro del PACCHETTO DIAGNOSTICA è possibile spedire una mail al seguente indirizzo:

**[sinistrialute@intesasanpaoloassicura.com](mailto:sinistrialute@intesasanpaoloassicura.com)**

In relazione alla denuncia del sinistro Vi indico di seguito le coordinate bancarie per l'accredito del bonifico:

C/C Intestato a: .....

IBAN.....

Data della denuncia: . ..... / ..... / ..... Firma dell'Assicurato/a.....



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

- **Da sottoscrivere se l'assicurato non è il contraente della polizza -**

Letta l'informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata e da Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e riportata nella Documentazione contrattuale di riferimento (mod. 186303, di seguito denominata l'“**Informativa**”) esprimo, apponendo la mia firma, il consenso:

- al trattamento dei miei dati personali sensibili;
- alla comunicazione dei miei dati personali, anche sensibili, e al loro successivo trattamento da parte delle categorie di soggetti indicati al punto 5 dell'Informativa quali, ad esempio, società del Gruppo Intesa Sanpaolo e soggetti esterni al menzionato Gruppo (come riassicuratori ed altri intermediari);
- al trasferimento all'estero dei miei dati, anche sensibili, come indicato al punto 5 lett. a) dell'Informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

per le finalità assicurative – contrattuali e obblighi di legge indicate al punto 2, lett. a) e b) dell'Informativa.

Le ricordiamo che senza tale consenso non è possibile concludere o dare esecuzione al rapporto contrattuale.

Data : ..... / ..... / .....

Firma dell'Assicurato/a.....



INTESA SANPAOLO  
ASSICURA