REALE MUTUA ASSICURAZIONI

BLUE ASSISTANCE

MODULO di RICHIESTA RIMBORSO

Da inviare a **Blue Assistance – Ufficio Liquidazione Danni** - Via Santa Maria 11- 10122 Torino
Per informazioni **Numero Verde 800 092 092** - dall'estero +39 011 74.25.555

POLIZZA CASDIC MALATTIA BANCO DI SARDEGNA SPA - ANNO 2018
AREE PROFESSIONALI E Q1 – Q2 POLIZZA N° 2017/05/2745447

DIPENDENTE _____
Cognome e nome

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

CODICE FISCALE _____

Indirizzo ove restituire la documentazione Via/C.so _____ Num. Civ. _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____ Recapito telefonico _____

DATI BANCARI (OBBLIGATORI): Si prega di voler provvedere alla liquidazione accreditando:
Cognome e nome del/i titolare/i del c/c _____

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

EVENTO A CUI SI RIFERISCE LA RICHIESTA DI RIMBORSO:

☐ RIMBORSO SPESE PRE/POST RICOVERO A SEGUITO DI RICOVERO IN SRUTTURA SANITARIA (DEGENZA PERIODO DAL ___/___ AL ___/___)

☐ RIMBORSO SPESE DI RICOVERO IN STRUTTURA SANITARIA (DEGENZIA PERIODO ___/___ AL ___/___)

☐ INDENNITA' GIORNALIERA SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO SPESE PER OGNI GIORNO DI RICOVERO (DEGENZA PERIODO DAL ___/___ AL ___/___)

☐ RIMBORSO SPESE PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

☐ RIMBORSO SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE

☐ ALTRO (specificare)_____

DOCUMENTAZIONE DI SPESA: *SI ALLEGA TUTTA LA NECESSARIA DOCUMENTAZIONE*
(prescrizioni mediche, copia integrale cartella clinica, fatture in originale, esami ecc.)

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", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione delle pratiche relative alla copertura sanitaria a cui aderisco, 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.

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