

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

da inviare a Banco BPM Assicurazioni S.p.A. c/o Blue Assistance S.p.A. – Ufficio Liquidazione Danni – Via San Dalmazzo, 20 10121 – Torino. Per informazioni telefonare al:

numero verde 800.767. 888 (dall'Italia)
o al numero +39 02. 30548800 (dall'estero)

N° Polizza: _____

Indirizzo ove restituire la documentazione: Via/Piazza _____ N° _____

CAP _____ Località _____ Provincia _____

Altre coperture sanitarie del nucleo familiare: NO SI, _____
Compagnia/Fondo/Cassa

Desidero attivare per questa denuncia il servizio INFO SMS sullo stato della richiesta al seguente numero di cellulare: _____ .

DATI DEL CONTRAENTE

NOME E COGNOME / RAGIONE SOCIALE:		CODICE FISCALE / P.IVA:	
CITTÀ E PROVINCIA DI RESIDENZA/SEDE LEGALE:		CAP:	INDIRIZZO (via e n. civico)
COGNOME LEGALE RAPPRESENTANTE (per persone giuridiche):		NOME LEGALE RAPPRESENTANTE (per persone giuridiche):	
RECAPITO TELEFONICO:			

DATI DELL'ASSICURATO (se diverso da Contraente)

COGNOME:	NOME:	CODICE FISCALE:	
CITTA' E PROV DI RESIDENZA:	CAP:	INDIRIZZO (via e n. civico):	
RECAPITO TELEFONICO:			

DATI BANCARI DEL TITOLARE DEL CONTO CORRENTE

COGNOME:	NOME:
IBAN:	

EVENTO CUI SI RIFERISCE LA RICHIESTA DI RIMBORSO

<input type="checkbox"/> Spese durante (Art. 2.3, lett. A delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> Spese per parto (Art. 2.3, lett. B delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> Spese pre e post ricovero (Art. 2.3, lett. C delle Condizioni di Assicurazione)
<input type="checkbox"/> Indennità sostitutiva (Art. 2.3, lett. D delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> Cure al feto e al neonato (Art. 2.3, lett. E delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> Virus A.I.D.S. (Art. 2.3, lett. F delle Condizioni di Assicurazione)
<input type="checkbox"/> Prestazioni speciali (Art. 2.3, lett. G delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> Diaria da ricovero (Art. 2.4, lett. A delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> Diaria da convalescenza (Art. 2.4, lett. B delle Condizioni di Assicurazione)
<input type="checkbox"/> Alta diagnostica (Art. 2.5 delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> Cure oncologiche (Art. 2.6 delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> Visite mediche (Art. 2.7 delle Condizioni di Assicurazione)

IN CASO DI RICOVERO E/O 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 dalla struttura sanitaria
- Intervento ambulatoriale: relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Originali degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, ecc.) relativi all'evento
- Indennità sostitutiva

IN CASO DI SPESE EXTRA RICOVERO

Patologia:

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO

- Prescrizione medica con indicazione della presunta patologia e/o della relativa diagnosi
- Originali dei giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento

DOCUMENTAZIONE DI SPESA*

Documentazione relativa a prestazione già presa in carico da Blue Assistance in forma diretta

N° ricevuta	Data	Ente emittente / Professionista	Importo in Euro

* Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata

Data

Firma Assicurato (o di chi ne esercita la patria potestà) ✓

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto DICHIARA di aver ricevuto l'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e ACCONSENTE al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali comuni 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 Assicurazione e Società di Servizi.

Data

Firma Assicurato (o di chi ne esercita la patria potestà) ✓