

Il presente modello contiene tutte le informazioni necessarie per la denuncia del sinistro

CONTRAENTE	POLIZZA N°
-------------------	-------------------

Indirizzo ove ricevere comunicazioni Via/C.so _____ Num. Civ. _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____ Recapito telefonico _____

Attivare il servizio di informazione **via SMS** sullo stato della pratica. ☐ NO ☐ SI **N.Cellulare**

Attivare il servizio di informazione **via email** sullo stato della pratica ☐ NO ☐ SI e-mail

(Qualora venga inserito l'indirizzo email le comunicazioni avverranno tramite questo canale contestualmente al pagamento del sinistro)

Cognome e nome del/i titolare/i del c/c

Codice fiscale del titolare del c/c (obbligatorio se diverso da quello del contraente) _____

[illegible]

RICOVERI e/o INTERVENTI

- ☐ Ricovero con/senza intervento chirurgico ☐ Day Hospital con/senza intervento chirurgico ☐ Intervento ambulatoriale
☐ Parto naturale ☐ Parto cesareo/aborto terapeutico ☐ pre e/o post ricovero/intervento

Periodo di degenza dal	al	Motivo del ricovero
1/1/2018	31/12/2018	
1/1/2019	31/12/2019	
1/1/2020	31/12/2020	
1/1/2021	31/12/2021	
1/1/2022	31/12/2022	
1/1/2023	31/12/2023	
1/1/2024	31/12/2024	
1/1/2025	31/12/2025	
1/1/2026	31/12/2026	
1/1/2027	31/12/2027	
1/1/2028	31/12/2028	
1/1/2029	31/12/2029	
1/1/2030	31/12/2030	
1/1/2031	31/12/2031	
1/1/2032	31/12/2032	
1/1/2033	31/12/2033	
1/1/2034	31/12/2034	
1/1/2035	31/12/2035	
1/1/2036	31/12/2036	
1/1/2037	31/12/2037	
1/1/2038	31/12/2038	
1/1/2039	31/12/2039	
1/1/2040	31/12/2040	
1/1/2041	31/12/2041	
1/1/2042	31/12/2042	
1/1/2043	31/12/2043	
1/1/2044	31/12/2044	
1/1/2045	31/12/2045	
1/1/2046	31/12/2046	
1/1/2047	31/12/2047	
1/1/2048	31/12/2048	
1/1/2049	31/12/2049	
1/1/2050	31/12/2050	
1/1/2051	31/12/2051	
1/1/2052	31/12/2052	
1/1/2053	31/12/2053	
1/1/2054	31/12/2054	
1/1/2055	31/12/2055	
1/1/2056	31/12/2056	
1/1/2057	31/12/2057	
1/1/2058	31/12/2058	
1/1/2059	31/12/2059	
1/1/2060	31/12/2060	
1/1/2061	31/12/2061	
1/1/2062	31/12/2062	
1/1/2063	31/12/2063	
1/1/2064	31/12/2064	
1/1/2065	31/12/2065	
1/1/2066	31/12/2066	
1/1/2067	31/12/2067	
1/1/2068	31/12/2068	
1/1/2069	31/12/2069	
1/1/2070	31/12/2070	
1/1/2071	31/12/2071	
1/1/2072	31/12/2072	
1/1/2073	31/12/2073	
1/1/2074	31/12/2074	
1/1/2075	31/12/2075	
1/1/2076	31/12/2076	
1/1/2077	31/12/2077	
1/1/2078	31/12/2078	
1/1/2079	31/12/2079	
1/1/2080	31/12/2080	
1/1/2081	31/12/2081	
1/1/2082	31/12/2082	
1/1/2083	31/12/2083	
1/1/2084	31/12/2084	
1/1/2085	31/12/2085	
1/1/2086	31/12/2086	
1/1/2087	31/12/2087	
1/1/2088	31/12/2088	
1/1/2089	31/12/2089	
1/1/2090	31/12/2090	
1/1/2091	31/12/2091	
1/1/2092	31/12/2092	
1/1/2093	31/12/2093	
1/1/2094	31/12/2094	
1/1/2095	31/12/2095	
1/1/2096	31/12/2096	
1/1/2097	31/12/2097	
1/1/2098	31/12/2098	
1/1/2099	31/12/2099	
1/1/2100	31/12/2100	

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Ricovero/Day Hospital: copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria
- Intervento ambulatoriale: copia della relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Copia degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento
- Diaria sostitutiva (riconosciuta per i ricoveri a totale carico del SSN): copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria

EXTRARICOVERO (prestazioni non connesse a Ricovero, Day Hospital o intervento ambulatoriale)

Patologia

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Prescrizione medica con indicazione della presunta patologia e/o della relativa diagnosi
- Copia dei giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento
- Cure dentarie (qualora la polizza ne preveda la valutazione di rimborso): necessario il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Lenti/occhiali (qualora la polizza ne preveda la valutazione di rimborso): necessaria la dichiarazione medica di variazione del visus

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

DOCUMENTAZIONE DI SPESA

[illegible]

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