

RICHIESTA DI COPERTURA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

Fax che l'Assicurato deve inviare al numero 02-xx.xx.xx.xxx preventivamente per richiedere copertura diretta usufruire dell'assistenza con pagamento a carico dell'Assicurazione.

A:

Spett.le
MyAssistance S.r.l.
Ufficio Sinistri
Via xxxx xxxxxxxx, nn
20100 Milano
Fax n° 02 / 70057991

Da:

Sig/Sig.ra: _____
Telefono: _____
Cellulare: _____
E-Mail: _____
Contraente: _____
Assicurato (*se diverso*): _____
Numero Polizza _____

L'Assistito/a _____ con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla equipe medica e/o libero professionista medico convenzionati con Myassistance S.r.l., nel rispetto delle condizioni previste dalla copertura assicurativa.

A tal fine si precisa qui di seguito:

Struttura Convenzionata prescelta: _____

Patologia o sospetto diagnostico: _____

(come da certificato medico allegato alla presente)

Tipo di Accertamento diagnostico:

Visita Specialistica ☐ Nominativo del medico: _____ Convenzionato: SI NO
Accertamento diagnostico ☐
Esami di laboratorio ☐
Terapie fisiche ☐

(come da certificato medico allegato alla presente)

Tipo di ricovero: _____

(con o senza intervento, intervento ambulatoriale, ecc.)

Data prevista di ingresso in caso di ricovero: _____ / _____ / _____

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nella copertura assicurativa:

- ✓ E' a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura.
- ✓ Autorizza la compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico.
- ✓ Si impegna a fornire ulteriore documentazione medica al fine di una corretta valutazione della pratica in caso questa fosse richiesta.
- ✓ Si impegna a pagare alla struttura tutte le prestazioni non contemplate nella copertura assicurativa ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico.
- ✓ Si impegna a rimborsare a posteriori alla compagnia assicuratrice, tramite MyAssistance le eventuali spese che risultassero non contemplate dalla copertura ed a versare direttamente alla struttura sanitaria e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Luogo e data

Firma del contraente/assicurato per accettazione

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 e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente MyAssistance S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto del le disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Firma per il consenso del richiedente la prestazione

My assistance s.r.l. | Via Luigi Soderini,55 | 20146 Milano
C.F. e P.I. 08667860962
Web: <http://www.myassistance.it>

Tel. +39 02.565.666.47
Fax. +39 02 871.819.75
Email: info@myassistance.it