

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE – POLIZZA n. _____

(nel caso di Nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
MYASSISTANCE SRL
Ufficio liquidazioni UBI Banca – Banca Popolare Commercio & Industria
Via Delle Tuberose, 14 – 20146 Milano
 Unitamente alla documentazione medica e di spesa **IN FOTOCOPIA**

Il / La sottoscritto/a chiede il **RIMBORSO**

Il / La sottoscritto/a invia **INTEGRAZIONE**

DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell.* _____ E-mail _____

Numero matricola _____ Azienda di appartenenza _____

** Comunicando il numero di cellulare, autorizzi CARGEAS / MyAssistance ad inviarti sms relativi alle pratiche*

DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in Istituto di cura
- Prestazioni collegate a Ricovero (spse pre/post)
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
- Prestazioni extraospedaliere non collegate al Ricovero
- Altro

Si allegano **IN FOTOCOPIA** le seguenti fatture / ricevute:

| | N° FATTURA / RICEVUTA | ENTE EMITTENTE | DATA FATTURA / RICEVUTA | IMPORTO |
|---|-----------------------|----------------|-------------------------|---------|
| 1 | | | | , , |
| 2 | | | | , , |
| 3 | | | | , , |
| 4 | | | | , , |
| 5 | | | | , , |
| 6 | | | | , , |
| 7 | | | | , , |

Totale richiesto:

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa / sostitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO SI* _____

* SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO NUMERO DI POLIZZA

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome / Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza: _____

Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

Certificato di pronto soccorso

Verbale dell'autorità giudiziaria (solo in caso di incidente stradale)

Numero altri documenti allegati **IN COPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN:

Data compilazione: _____ Firma del titolare della copertura: _____

Firma del familiare: _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali – D.lgs. 196/2003

Ricevuta l' informativa ai sensi del D.lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e compreso il suo contenuto, **DICHIARO DI ACCONSENIRE** 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 deputati alla valutazione, gestione e liquidazione del sinistro (CARGEAS Assicurazioni, MyAssistance S.r.l., Cassa di Assistenza o Fondo Sanitario, Società di servizi, Strutture sanitarie, medici, personale sanitario, periti ecc., nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate).

Data compilazione: _____

Nome e cognome dell'interessato: _____ Firma per consenso: _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)