

MODULO di RICHIESTA DI RIMBORSO

Da inviare a **Blue Assistance – Ufficio Liquidazione Danni** - Corso Svizzera, 185 10149 – Torino
Per informazioni 800 19 69 14 dall'estero +39 011 7425688

CONTRAENTE _____ **POLIZZA N°** _____
Cognome e nome

ASSICURATO _____ Coniuge/Convivente Figlio Altro
Persona cui si riferiscono le spese

Indirizzo ove restituire la documentazione Via/C.so _____ Num. Civ. _____
Unicamente domicilio o residenza

CAP _____ Località _____ Prov. _____ Recapito telefonico _____

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

Desidero attivare per questa denuncia il servizio **INFO SMS** sullo stato della pratica. **N.Cellulare** _____

DATI BANCARI (OBBLIGATORI)

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

Codice fiscale del titolare del c/c (obbligatorio se diverso da quello dell'Assicurato) _____

IBAN _____

EVENTO CUI SI RIFERISCE IL SINISTRO

RICOVERI e/o INTERVENTI

- Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital con/senza intervento chirurgico Intervento ambulatoriale
 Parto cesareo/aborto terapeutico pre e/o post ricovero/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 da struttura sanitaria
- Intervento ambulatoriale: relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Originali degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento
- Altra documentazione, come da prestazione e garanzia specifica

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
- Originali 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 e della scheda anamnestica
- Altra documentazione, come da prestazione e garanzia specifica

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

LTC

- Documentazione medica e altri certificati, come indicato nelle Norme Liquidative del Fascicolo Informativo. Per maggiori informazioni, contattare il numero verde.

DOCUMENTAZIONE DI SPESA

N° ricevuta	Data	Ente emittente / Professionista	Importo in Euro

Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata

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

Aviva Italia S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09197520159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Prov. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005

Blue Assistance S.p.A.

(Società del gruppo REALE MUTUA) - E mail: blue.assistance@blueassistance.it Sede legale: C.so Svizzera 185 - 10149 Torino (Italia) Tel: 011 7417511 - fax 011 7417812 Cod.Fisc./Partita IVA/Iscrizione Reg. Imprese di Torino N. 06471170016 R.E.A. Torino N. 791367 Capitale Sociale € 3.120.000,00 interamente versato - Società con unico socio: Società Reale Mutua di Assicurazioni Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni appartenente al Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.