BLUE ASSISTANCE

MODULO di DENUNCIA SPESE SANITARIE - Corporate

Da inviare a **Blue Assistance – Ufficio Liquidazione Danni** - Corso Svizzera, 185 10149 – Torino

Per informazioni **800.092.092** dall'estero **+39 011.74.25.555**

CONTRAENTE (AZIENDA/ENTE) **PERSONALE COMPLEMENTARE DI BORDO ALITALIA**

ISCRITTO /DIPENDENTE_____

Cognome e nome

ASSICURATO _____ ☐ Iscritto ☐ 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 famigliare ☐ 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'iscritto) _____

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/aborto terapeutico e spontaneo ☐Pre e/o post ricovero/intervento ☐Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

*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
- 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

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

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) _____