

## MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

da inviare a Banco BPM Assicurazioni S.p.A. c/o Blue Assistance S.p.A. – Ufficio Liquidazione Danni – Via Santa Maria 11, 10121 – Torino. Per informazioni telefonare al:

numero verde 800.055.177 (dall'Italia)  
o al numero 011.741.72.66 (dall'estero)

N° Polizza: \_\_\_\_\_

Indirizzo ove restituire la documentazione: Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Altre coperture sanitarie del nucleo familiare:  NO  SI, \_\_\_\_\_  
Compagnia/Fondo/Cassa

Desidero attivare per questa denuncia il servizio INFO SMS sullo stato della richiesta al seguente numero di cellulare: \_\_\_\_\_ .

### DATI DEL CONTRAENTE

NOME E COGNOME / RAGIONE SOCIALE:		CODICE FISCALE / P.IVA:	
CITTÀ E PROVINCIA DI RESIDENZA/SEDE LEGALE:		CAP:	INDIRIZZO (via e n. civico)
COGNOME LEGALE RAPPRESENTANTE (per persone giuridiche):		NOME LEGALE RAPPRESENTANTE (per persone giuridiche):	
RECAPITO TELEFONICO:			

### DATI DELL'ASSICURATO (se diverso da Contraente)

COGNOME:	NOME:	CODICE FISCALE:	
CITTA' E PROV DI RESIDENZA:	CAP:	INDIRIZZO (via e n. civico):	
RECAPITO TELEFONICO:			

### DATI BANCARI DEL TITOLARE DEL CONTO CORRENTE

COGNOME:	NOME:
IBAN:	

### EVENTO CUI SI RIFERISCE LA RICHIESTA DI RIMBORSO

<input type="checkbox"/> <b>Spese durante</b> (Art. 2.3, lett. A delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> <b>Spese per parto</b> (Art. 2.3, lett. B delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> <b>Spese pre e post ricovero</b> (Art. 2.3, lett. C delle Condizioni di Assicurazione)
<input type="checkbox"/> <b>Indennità sostitutiva</b> (Art. 2.3, lett. D delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> <b>Cure al feto e al neonato</b> (Art. 2.3, lett. E delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> <b>Virus A.I.D.S.</b> (Art. 2.3, lett. F delle Condizioni di Assicurazione)
<input type="checkbox"/> <b>Prestazioni speciali</b> (Art. 2.3, lett. G delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> <b>Diaria da ricovero</b> (Art. 2.4, lett. A delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> <b>Diaria da convalescenza</b> (Art. 2.4, lett. B delle Condizioni di Assicurazione)
<input type="checkbox"/> <b>Alta diagnostica</b> (Art. 2.5 delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> <b>Cure oncologiche</b> (Art. 2.6 delle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> <b>Visite mediche</b> (Art. 2.7 delle Condizioni di Assicurazione)

### IN CASO DI RICOVERO E/O 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 dalla struttura sanitaria
- Intervento ambulatoriale: relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Originali degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, ecc.) relativi all'evento
- Indennità sostitutiva

**IN CASO DI SPESE EXTRA RICOVERO**

**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

**DOCUMENTAZIONE DI SPESA\***

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

N° ricevuta	Data	Ente emittente / Professionista	Importo in Euro

\* Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata

**Data**

**Firma Assicurato** (o di chi ne esercita la patria potestà) ✓

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

**Il sottoscritto DICHIARA di aver ricevuto l'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e ACCONSENTE al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili, necessari per la gestione delle pratiche relative alla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnia di Assicurazione e Società di Servizi.**

Data

Firma Assicurato (o di chi ne esercita la patria potestà) ✓

MOD. TCURA011\_112023