Groupama Assicurazioni

BLUE ASSISTANCE

MODULO di DENUNCIA SPESE SANITARIE

Da inviare a **Blue Assistance – Ufficio Liquidazione Danni** - Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino
Per informazioni **800.147.147** dall'estero +39.011.741.72.47

CONTRAENTE _____ **POLIZZA N°** _____

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

Indirizzo ove ricevere comunicazioni 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 del contraente) _____

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 naturale ☐ 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

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

DOCUMENTAZIONE DI SPESA

N° ricevuta	Data	Ente emittente / Professionista	Importo in Euro

Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata

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 Blue Assistance S.p.A., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

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