

RICHIESTA DI COPERTURA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

Documento che l'Assicurato deve inviare a MyAssistance preventivamente per richiedere copertura diretta ed usufruire dell'assistenza con pagamento a carico dell'Assicurazione tramite fax **02.871.819.75** o Email retail.groupama@myassistance.it per informazioni **800.303.007**

Da:

Contraente o assicurato: _____

Data di nascita: _____

Telefono: _____

Cellulare: _____

Email: _____

Numero Polizza : _____

L'Assistito/a _____ con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla equipe medica e/o libero professionista medico convenzionati con Myassistance S.r.l., nel rispetto delle condizioni previste dalla copertura assicurativa.

A tal fine si precisa qui di seguito:

Struttura Convenzionata prescelta: _____

Nome del medico prescelto: _____

Data prestazione (se già prenotata): _____

Patologia o sospetto diagnostico: _____

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nella copertura assicurativa:

- ✓ E' a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura.
- ✓ Autorizza la compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico.
- ✓ Si impegna a fornire ulteriore documentazione medica al fine di una corretta valutazione della pratica in caso questa fosse richiesta.
- ✓ Si impegna a pagare alla struttura tutte le prestazioni non contemplate nella copertura assicurativa ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico.
- ✓ Si impegna a rimborsare a posteriori alla compagnia assicuratrice, tramite MyAssistance le eventuali spese che risultassero non contemplate dalla copertura ed a versare direttamente alla struttura sanitaria e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Luogo e data

Firma del contraente/assicurato per accettazione

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 MyAssistance S.r.l., 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.

Luogo e data

Firma per il consenso del richiedente la prestazione