

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Documento da inviare a **MyAssistance S.r.l.** per denunciare il sinistro. Per informazioni o supporto contattare il numero verde **800.913.507** oppure scrivere all'indirizzo mail sinistri.helvetia@myassistance.it.
 Ufficio Sinistri MyAssistance s.r.l. | C.F. e P.I. 08667860962 | Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano | Tel. +39 02.303.500.007 | Fax. +39 02 87.18.19.75
 Web: <http://www.myassistance.it>

Contraente _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita __/__/__

Assicurato (se diverso dal Contraente) per il quale si richiede il rimborso _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita __/__/__

Numero Polizza _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo email _____

RIMBORSO SPESE (SPESE MEDICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, VISITE SPECIALISTICHE E TRATTAMENTI)

Il Contraente/Assicurato richiede rimborso delle seguenti notule/fatture per spese sostenute a seguito di sinistro coperto ai sensi di polizza:

Fattura Numero	Data Fattura	Importo

Fattura Numero	Data Fattura	Importo

INDICAZIONI UTILI PER L' INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

1. Compilare un modulo per ogni persona assicurata e per ogni evento;
2. fatture o notule non relative a ricovero devono essere accompagnate da certificato medico indicante la patologia presunta o diagnosticata o l'infortunio subito;
3. allegare: copia referti e/o cartella clinica integrale, scontrini relativi alle spese post ricovero per acquisto medicinali, etc;
4. in caso di prestazione chirurgica ambulatoriale, allegare idonea certificazione redatta dallo studio medico con anamnesi patologica;

MyAssistance potrà richiedere ulteriore documentazione ai fini di una corretta valutazione della pratica.

DIARIA SOSTITUTIVA (per ricoveri avvenuti presso struttura S.S.N.) in alternativa al rimborso delle spese mediche eventualmente sostenute

Il Contraente/Assicurato fa richiesta di indennizzo a fronte di Ricovero ospedaliero, Day Hospital/ Day Surgery e/o Intervento Chirurgico a seguito di sinistro coperto ai sensi di polizza.

INDICAZIONI UTILI PER L' INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

1. Compilare un modulo per ogni persona assicurata e per ogni evento;
2. allegare copia referti e/o Cartella clinica integrale e ogni documentazione medica utile alla gestione della pratica;

MyAssistance potrà richiedere ulteriore documentazione ai fini di una corretta valutazione della pratica.

COORDINATE BANCARIE DEL PERCIPIENTE

Titolare del conto corrente _____ Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

È obbligatorio, ai fini della liquidazione dell'indennizzo, indicare il codice fiscale del titolare del conto corrente che richiede il rimborso (se diverso dal Contraente) e le coordinate bancarie in formato IBAN.

 Luogo e data

 Firma del contraente/assicurato per accettazione
 (o, se minore, di chi esercita la patria potestà)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento Ue 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, il/la sottoscritto/a, in qualità di interessato/a e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "*i dati relativi alla salute*". presta il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per la gestione e la liquidazione dei sinistri, compresa la loro comunicazione 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.

Luogo e data

Firma dell'interessato (o, se minore, di chi esercita la patria potestà)