helvetia
La tua Assicurazione svizzera

MyAssistance

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Documento da inviare a **MyAssistance S.r.l.** per denunciare il sinistro. Per informazioni o supporto contattare il numero verde **800.400.335**
Ufficio Sinistri MyAssistance s.r.l. | C.F. e P.I. 08667860962 | Via MonteCuccoli 20/1, 20146 Milano | Tel. +39 02.303.500.123 | Fax. +39 02 87.18.19.75
Web: https://app.myassistance.eu email: sinistri.helvetiaitalia@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[1], ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, VISITE SPECIALISTICHE E TRATTAMENTI)

Il Contraente/Assicurato con la presente fa richiesta di rimborso delle seguenti notule/fatture per spese sostenute a seguito di sinistro coperto in polizza:

Fattura Numero	Data Fattura	Importo

Fattura Numero	Data Fattura	Importo

[1] compresa garanzia facoltativa "Dental"

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

INDENNITÀ GIORNALIERA, SURGICAL CASH e INDENNITÀ PER RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA

Il Contraente/Assicurato con la presente fa richiesta di indennizzo a fronte di Ricovero ospedaliero, Day Hospital/ Day Surgery e/o Intervento Chirurgico a seguito di sinistro coperto in 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 (per la "Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva" la Scheda di Dimissioni Ospedaliera);
3. in caso di prestazione chirurgica ambulatoriale, idonea certificazione redatta dallo studio medico che riporta l'anamnesi patologica;
4. MyAssistance potrà richiedere ulteriore documentazione ai fini di una corretta valutazione della pratica.

NON AUTOSUFFICIENZA

Il Contraente/Assicurato - o altra persona autorizzata ad operare per conto di quest'ultimo - con la presente fa richiesta di indennizzo a seguito di Perdita dell'Autosufficienza secondo quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione.

INDICAZIONI UTILI PER L' INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

1. Compilare un modulo per ogni persona assicurata e per ogni evento;
2. qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, allegare tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche;
3. allegare "Relazione del medico curante" sulle cause dello stato di Non autosufficienza e "Questionario Activities Daily Living" da fare compilare al medico specialista;
4. MyAssistance potrà richiedere ulteriore documentazione ai fini di una corretta valutazione della pratica.

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

MyAssistance

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)