



AREA SALUTE

Modulo di denuncia sinistro per indennità/rimborso spese sanitarie previste dalla copertura:

Ricoveri e interventi

Diagnostica e analisi

Benessere dentale

Oculistica e benessere visivo

Visite, prevenzione e farmaci

Malattie Gravi Extra

Fisioterapia

Malattie gravi +

Da compilarsi a cura dell'Assicurato. Si prega di utilizzare un modulo per ciascun nominativo anche in caso di assicurati dello stesso nucleo familiare.

Informazioni sulla polizza

Dati polizza

Polizza n.

Nome Cognome Contraente

Dati Assicurato

Nome Cognome

Codice fiscale/Partita IVA

Indirizzo

Cap

Telefono/cellulare/email

Dati Tutore/procuratore o di chi ne fa le veci

Nome Cognome

Codice fiscale

Nato a/ il

Indicare il rapporto con l'Assicurato

Telefono/cellulare/email

Informazioni per la liquidazione del sinistro

In relazione alla denuncia di sinistro abbiamo bisogno di ricevere il codice Iban di un conto corrente a lei intestato

Iban _____

Contatti utili e modalità di invio della denuncia

Per ricevere assistenza e per essere supportato nella compilazione del modulo di denuncia sinistro può contattare il n. **800.124.124** oppure il n. **+39.02.30.32.80.13** se chiama dall'estero.

Il modulo di denuncia compilato in tutte le sue parti e firmato, unitamente alla copia della documentazione medica e di spesa, deve essere inviato al seguente indirizzo:

via email

sinistrixmp@insaluteservizi.com

via posta

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., Ufficio Liquidazioni c/o InSalute Servizi S.p.A. Via San Francesco d'Assisi, 10 - 10122 Torino

Data denuncia sinistro

Firma dell'Assicurato

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Prestazioni per le quali si richiede l'indennità/rimborso

- | | |
|---|---|
| Ricovero con/senza intervento chirurgico | Controllo e misurazione della vista Lenti e occhiali da vista |
| Day Hospital, Day Surgery, Int. chirurgico ambulatoriale | Intervento di chirurgia refrattiva/cataratta |
| Prestazioni collegate a ricovero (pre/post) | Indennità malattie gravi |
| Parto o aborto terapeutico | Indennità sindromi influenzali di natura pandemica |
| Indennità sostitutiva da ricovero | Perdita di autosufficienza |
| Interventi di piccola chirurgia estetica | Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico |
| Terapie oncologiche e dialisi | Cure dentarie |
| Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio | Altro (farmaci, trasporto sanitario, accompagnatore...) |
| Trattamenti fisioterapici | |

Documentazione di spesa

La documentazione di spesa è da allegare in copia unitamente al modulo di denuncia

	N° Fattura/ Ricevuta	Ente emittente	Data Fattura/ Ricevuta	IMPORTO
1				,
2				,
3				,
4				,
5				,
6				,
7				,

Documentazione per infortunio o incidente stradale

In caso di infortunio o incidente stradale è necessario fornire anche:

Certificato del Pronto Soccorso o, in assenza di strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, un certificato emesso da una struttura sanitaria pubblica o privata e idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, referti medico legali, ecc)

solo in caso di incidente stradale allegare anche:

Verbale dell'Autorità Giudiziaria

CID e copia di altri documenti (ad esempio cartelle cliniche, certificati di degenza) o altro elemento di prova utile per lo svolgimento degli accertamenti e per stabilire l'accaduto.

Per infortunio o incidente stradale con coinvolgimento di terzi fornire le seguenti informazioni:

Nome Cognome della Controparte	
Nome della Compagnia della Controparte	
Polizza n. della Controparte	
Data accadimento dell'evento	
Autorità intervenute	

Altra documentazione utile

Cartelle cliniche

[Allegato 1](#) - Relazione del medico curante/specialista e

Questionario per il calcolo dell'indice ADL E IADL
(per l'indennità da non autosufficienza del Modulo Malattie
Gravi Extra)

Prescrizioni mediche

Altro

Indicare il n. dei documenti che saranno presentati in allegato alla denuncia _____

Altre informazioni da comunicare

Ai fini della presente domanda di indennità/rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

dichiara

non dichiara

Le chiediamo inoltre conferma che:

- Non esistono altre polizze stipulate per gli stessi rischi
- Esistono altre polizze stipulate per gli stessi rischi con

Compagnia _____

Agenzia _____

Polizza n. _____