

**AREA SALUTE****Modulo di denuncia sinistro per indennità/rimborso spese sanitarie previste dalla copertura:****Ricoveri e interventi****Oculistica e benessere visivo****Fisioterapia****Diagnostica e analisi****Visite, prevenzione e farmaci****Malattie gravi +****Benessere dentale****Malattie Gravi Extra**

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**

Day Hospital, Day Surgery, Int. chirurgico  
ambulatoriale

## Parto o aborto terapeutico

### Indennità sostitutiva da ricovero

Interventi di piccola chirurgia estetica

Terapie oncologiche e dialisi

Visite specialistiche, accertamenti diagnostici,  
analisi di laboratorio

## Trattamenti fisioterapici

Intervento di chirurgia refrattiva/cataratta

### Indennità malattie gravi

Indennità sindromi influenzali di natura pandemica

## Perdita di autosufficienza

Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico

## Cure dentarie

Altro (farmaci, trasporto sanitario, accompagnatore...)

## Documentazione di spesa

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

[illegible]



### 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

Prescrizioni mediche

Altro

[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)

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. \_\_\_\_\_