

**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)



### 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 medica attestante la non autosufficienza (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. \_\_\_\_\_