

Denuncia di sinistro — Salute

Salute senza pensieri.

SPETT.LE IMPRESA DI ASSICURAZIONE / AGENZIA

alla c.a. dell'Ufficio Sinistri — da inviare entro 3 giorni dall'evento (racc. a/r o PEC)

CONTRAENTE / ASSICURATO

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE / P. IVA

INDIRIZZO

TELEFONO

EMAIL

NUMERO DI POLIZZA

DECORRENZA / SCADENZA

DATI DELL'EVENTO

DATA

ORA

LUOGO

Prestazione: ☐ Ricovero ☐ Day hospital ☐ Intervento ☐ Visita/accertamento diagnostico

STRUTTURA / MEDICO

PATOLOGIA O CAUSALE

IMPORTO TOTALE (€)

ASSISTITO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

IBAN PER IL RIMBORSO

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO

DOCUMENTI ALLEGATI

☐ Fatture quietanzate delle spese sostenute

☐ Cartella clinica o lettera di dimissione

☐ Prescrizione medica con quesito diagnostico

☐ Referti degli accertamenti

☐ IBAN per il rimborso

Dichiarazione. Il/la sottoscritto/a dichiara che quanto sopra corrisponde a verità ed è consapevole che dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (artt. 1892-1898 c.c.). Autorizza il trattamento dei dati personali ai soli fini della gestione del sinistro ai sensi del Reg. UE 2016/679.

Luogo e data

Firma del Contraente / Assicurato