

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE**

Da inviare a **Blue Assistance – Ufficio Liquidazione Danni** - Via Santa Maria, 11 10122 – Torino  
Per informazioni **Numero Verde 800 555 266** - dall'estero +39 011 74.25.507

**POLIZZA N° 2016/05/2650123 - CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA DOTTORI COMMERCIALISTI**

**ISCRITTO** \_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_

**ASSICURATO** \_\_\_\_\_  Iscritto  Coniuge/Convivente  Figlio  Altro  
Persona cui si riferiscono le spese

Indirizzo ove restituire la documentazione Via/C.so \_\_\_\_\_ Num. Civ. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Altre coperture sanitarie del nucleo familiare  NO  SI \_\_\_\_\_  
Compagnia/Fondo/Cassa

Attivare il servizio di **informazione via SMS** sulla gestione della pratica  NO  SI Cellulare \_\_\_\_\_

**DATI BANCARI (OBBLIGATORI)**

Cognome e nome del titolare del c/c \_\_\_\_\_

Codice fiscale del titolare del c/c (obbligatorio se diverso da quello dell'Iscritto) \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Attenzione: Dal 01/01/2008 è obbligatorio indicare il codice fiscale del titolare del conto corrente e il codice IBAN completo.

**EVENTO CUI SI RIFERISCE IL SINISTRO**

**GARANZIE PRINCIPALI**

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

GRANDE EVENTO MORBOSO

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso in caso di ricovero:

- Copia della cartella clinica completa rilasciata dalla struttura sanitaria
- Originali degli eventuali giustificativi di spesa relativi all'evento

- Copia della cartella clinica completa rilasciata dalla struttura sanitaria
- Originali degli eventuali giustificativi di spesa relativi all'evento

Periodo di degenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Motivo del ricovero \_\_\_\_\_

**GARANZIE ACCESSORIE**

Indennità sostitutiva  Day Hospital  Malattie Oncologiche  Alta Specializzazione  Altre

Documentazione da allegare: - Originali degli eventuali giustificativi di spesa relativi all'evento

- Per Ricovero / Day Hospital, copia della cartella clinica completa rilasciata dalla struttura sanitaria

- Per prestazioni extraricovero, prescrizione medica con indicazione della patologia o referto con la diagnosi

Patologia \_\_\_\_\_

Documentazione relativa a prestazione già presa in carico da Blue Assistance in forma diretta

**DOCUMENTAZIONE DI SPESA**

N° ricevuta	Data	Ente emittente / Professionista	Importo in Euro

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'assicurato (o di chi ne esercita la patria potestà) \_\_\_\_\_

**N.B. Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata**