

**MODULO di RICHIESTA RIMBORSO**

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 INTEGRATIVA - CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA DOTTORI COMMERCIALISTI**

**ISCRITTO** \_\_\_\_\_  
Cognome e nome

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

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_  
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

Desidero attivare per questa denuncia il servizio **INFO SMS** sullo stato della pratica. **N.Cellulare** \_\_\_\_\_

**DATI BANCARI (OBBLIGATORI)**

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

IBAN \_\_\_\_\_

**EVENTO CUI SI RIFERISCE LA RICHIESTA DI RIMBORSO**

**RICOVERI e/o INTERVENTI**

- Ricovero con/senza intervento chirurgico  Day Hospital con/senza intervento chirurgico  Intervento ambulatoriale  
 Parto naturale  Parto cesareo/aborto terapeutico  pre e/o post ricovero/intervento

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

**Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:**

- Ricovero/Day Hospital: copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria
- Intervento ambulatoriale: relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Originali degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento
- Diaria sostitutiva (riconosciuta per i ricoveri a totale carico del SSN): copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria

**EXTRARICOVERO (prestazioni non connesse a Ricoveri e/o interventi)**

Patologia \_\_\_\_\_

**Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:**

- Prescrizione medica con indicazione della presunta patologia e/o della relativa diagnosi
- Originali dei giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento

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

Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata

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

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione delle pratiche relative alla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnia di Assicurazioni e Società di Servizi, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

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