

FAX CHE L'ASSICURATO DEVE INVIARE PREVENTIVAMENTE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE OSPEDALIERA IN NETWORK PER USUFRUIRE DELL'ASSISTENZA CON PAGAMENTO DIRETTO A CARICO DELL'ASSICURAZIONE

Data,

A: Spett.le BLUE ASSISTANCE S.p.A.
Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino (TO)
FAX N° 011-741.71.41

DA: Sig./Sig.ra: _____

Telefono: _____ **Fax:** _____

CONTRAENTE: _____ **Nr. interno Blue Assistance** _____

ASSICURATO: _____
(se diverso)

Broker /Agente: _____ **Nr. di polizza:** _____

L'Assistito/a: _____

con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla équipe medica e/o dal Professionista Medico convenzionati con Blue Assistance S.p.A., nel rispetto delle condizioni previste dalla Convenzione assicurativa. A tal fine si precisa qui di seguito:

STRUTTURA CONVENZIONATA PRESCELTA: _____

NOMINATIVO DEL MEDICO: _____

Convenzionato SI NO

In caso di utilizzo di équipe medica e/o Professionista Medico non convenzionati è necessario allegare al fax il preventivo di spesa.

PATOLOGIA: _____
(come da certificato medico allegato alla presente)

DATA PREVISTA DI INGRESSO: _____

TIPO RICOVERO: _____
(con o senza intervento)

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nella copertura assicurativa:

- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura;
- autorizza la Compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla Struttura e/o Professionista Medico;
- si impegna altresì a pagare alla Struttura Sanitaria tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della Struttura Sanitaria e/o Professionista Medico;
- si impegna a rimborsare a posteriori alla Compagnia le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture previste, ed a rimborsare direttamente alla Struttura Sanitaria e/o Professionista Medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Firma dell'Assistito per accettazione: _____

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 e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Blue Assistance S.p.A., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione: _____
(firma)