

Modulo per la richiesta di pagamento diretto di prestazioni sanitarie

Cognome: _____ Nome: _____

Recapito telefonico: _____

Nome polizza: _____ Numero polizza: _____

Istituto di cura convenzionato scelto: _____

Cognome e nome del medico scelto, se noto (solo per interventi chirurgici e visite specialistiche):

Patologia per cui si richiede il pagamento diretto: _____

Data prevista per la prestazione: ____/____/____

Tipo di prestazione:

- Ricovero con o senza intervento chirurgico (specificare) _____
 Intervento chirurgico ambulatoriale (specificare) _____
 Visita specialistica (specificare) _____
 Esame di alta diagnostica (specificare) _____
 Trattamento terapeutico ambulatoriale (specificare) _____

Documentazione medica allegata (crociare una delle due opzioni)

- Copia della prescrizione del medico di base, con indicazione della patologia sospetta od accertata
 Copia della prescrizione del medico specialista con indicazione della patologia sospetta od accertata

Si avvisa che in mancanza di tale documentazione non si darà seguito alla richiesta.

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 direttamente 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.

Luogo e data: _____ Firma assicurato _____

Il presente modulo deve essere restituito alla Centrale Operativa compilato in tutte le sue parti, firmato e con l'allegato richiesto, almeno 2 (due) giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione.

Fax N° 015 255 9505

Il contatto telefonico con la Centrale Operativa può avvenire prima o dopo l'invio del presente modulo.

