## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO E RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

Documento che l'Assicurato deve inviare a MyAssistance s.r.l. per richiedere rimborso per le spese sostenute relativamente al proprio sinistro. Per informazioni o supporto contattare il numero **800.320.760** solo da fisso - +39.02.30.35.00.320 da smartphone o dall'estero.

Contraente: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita __/__/____

Contraente/Assicurato per il quale si richiede il rimborso:_____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita __/__/____

Recapito telefonico_____ E-mail_____

Il Contraente/Assicurato con la presente fa richiesta di rimborso delle seguenti notule/fatture nel rispetto delle condizioni previste dalla convenzione assicurativa:

| Ft. Numero | Data Fattura | Importo | | Ft. Numero | Data Fattura | Importo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Coordinate bancarie del Contraente/Assicurato

Titolare del conto corrente:_____

**IBAN** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Autocertificazione coniuge e figli (entrambi conviventi, salvo caso di figli non conviventi affidati ad altro coniuge) – necessaria per le sole visite specialistiche

### INDICAZIONI UTILI PER L' INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

1. Compilare un modulo per ogni persona e per ogni evento;
2. Fatture o notule non relative a ricovero devono essere accompagnate da certificato medico indicante la patologia presunta o diagnosticata;
3. Allegare copia referti e/o cartella clinica;
4. È obbligatorio, ai fini del rimborso, il titolare del conto corrente e le coordinate bancarie in formato IBAN.
5. MyAssistance potrà richiedere ulteriore documentazione ai fini di una corretta valutazione della pratica.

Il presente modulo ed i documenti allegati possono essere inviati a: rimborsi.vera@myassistance.it o MyAssistance s.r.l. – Via Delle Tuberose 14 – 20146 Milano

_____ _____

Luogo e data Firma del contraente/assicurato per accettazione

Ricevuta l' informativa ai sensi del d. lgs .del 30/06/2003 n° 196" Codice in materia di protezione dei dati personali" e Regolamento 2016/679/UE, 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 MyAssistance S.r.l., 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.

_____ _____

Luogo e data Firma per il consenso del richiedente la prestazione