



. 8 .

**OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA
PERSONALE CORPO NAZIONALE VIGILI DEL FUOCO**

Spett.le

Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo
P.za della Vittoria, 9

16121 - GENOVA

RICHIESTA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

Tel. 010/572543 Fax 010/593967

Da compilarsi per ogni evento

TITOLARE:	Cognome _____	Nome _____	Matricola _____
Indirizzo	_____	CAP	_____
	Prov. _____	Località	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
DATI BANCARI BENEFICIARIO:			
Banca	_____	Cod. Banca (ABI)	_____
		Cod. Agenzia (CAB)	_____
		N. Conto Bancario	_____
Intestato a	_____		

EVENTO CUI SI RIFERISCE IL SINISTRO**Garanzia di cui all'art. 4 delle C.G.A.****Indennità di ricovero ospedaliero**

Ricovero con Grande Intervento

Ricovero con intervento chirurgico

Ricovero senza intervento chirurgico

Day hospital con Grande Intervento

Day hospital con Intervento chirurgico

Day Hospital senza intervento

Periodo di degenza dal _____ al _____

Documentazione necessaria

w Copia della cartella clinica completa

w Documentazione sanitaria aggiuntiva

Garanzia di cui all'art. 5 delle C.G.A.**Alta specializzazione**

Fattura – ricevuta fiscale n°	Data	Emittente	Importo richiesto
TOTALE			

Documentazione necessaria

Richiesta del medico curante e/o specialista

Fatture e/o ricevute fiscali in originale

Garanzia di cui all'art. 6 delle C.G.A.**Garanzie aggiuntive**

Parcella n°	Data	Emittente	Importo richiesto
TOTALE			

Documentazione necessaria

Copia della cartella clinica completa

Prescrizioni mediche

Fatture e/o ricevute fiscali in originale

Tickets (per alta specializzazione o garanzie aggiuntive)

Numero documenti _____

Importo _____

Data _____

Documentazione necessaria

- w*** *Copia della ricevuta relativa al pagamento del ticket*
- *Copia della prescrizione medica*

Firma _____

. 9 .

MODULO DA UTILIZZARE PER RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE O INDENNITA' DI DIARIA

E' NECESSARIO RISPETTARE SCRUPolosAMENTE LE SEGUENTI NORME

- 1 - Inviare una denuncia per ogni evento e per ogni assicurato
- 2 - Presentare la denuncia soltanto a guarigione avvenuta e a cura ultimata ma entro un anno dalla prestazione sanitaria (per evitare la prescrizione)
- 3 - Allegare tutta la documentazione in un'unica soluzione (l'invio separato vale come "altra denuncia")
- 4 - Fatture e ricevute di spesa devono essere in originale e fiscalmente regolari (la documentazione non verrà restituita se non su espressa richiesta)
- 5 - Per i ricoveri all'estero e' d'obbligo la traduzione dei documenti in italiano (a spese dell'assistito)
- 6 - Allegare al presente modello il modulo di "informativa e consenso" ai fini della legge sulla privacy debitamente compilato e sottoscritto

N.B.

- a) Se necessario, l'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Compagnia di assicurazione e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato
- b) Le controversie eventuali sull'indennizzabilità della denuncia sono demandate all'arbitrato di un collegio medico