

ASSICURAZIONE SANITARIA

Domanda di rimborso, credito ambulatoriale e ospedaliero

DATI DEL CLIENTE (devono essere compilati dall'assicurato all'impresa contrattante)

IMPRESA CONTRATTANTE	POLIZZA No.
TITOLARE	
INDIRIZZO	TELEFONO
E-MAIL	CELLULARE
PAZIENTE	ETÀ
OCCUPAZIONE O ATTIVITÀ DEL CLIENTE	NAZIONALITÀ

DATI CONTO BANCARIO – BANCHE				TIPO DI VALUTA CONTO BANCARIO							
CONTINENTAL	<input type="checkbox"/>	CREDITO	<input type="checkbox"/>	INTERBANK	<input type="checkbox"/>	SCOTIABANK	<input type="checkbox"/>	SOLES	<input type="checkbox"/>	DOLLARI	<input type="checkbox"/>

TIPO DI CONTO				NUMERO DI CONTO																
CONTO DI RISPARMIO	<input type="checkbox"/>	CONTO CORRENTE	<input type="checkbox"/>	CONTO MAESTRO	<input type="checkbox"/>															

VINCOLO DI PARENTELA	LUOGO DELLA PRESTAZIONE	TIPO DI SINISTRO	TIPO DI SERVIZIO
TITOLARE _____	NOME _____	OSPEDALIZZAZIONE _____	RIMBORSO _____
CONIUGE _____	STUDIO PRIVATO _____	AMBULATORIO _____	CREDITO _____
FIGLIO _____	CLINICA _____	EMERGENZA _____	
PADRE _____	CENTRO MEDICO _____		
ALTRO _____			

Clausola di consenso al trattamento dei dati personali nelle domande di prestazioni

Con la presente esprimo il mio consenso libero, preventivo, informato, esplicito e inequivocabile affinché MAPFRE includa i miei dati personali, sensibili o meno, inclusi in questo documento, nei suoi sistemi e database e per trattare le mie informazioni nell'esecuzione del contratto. Inoltre, autorizzo espressamente la comunicazione dei miei dati personali alle entità e / o al personale a cui MAPFRE affiderà l'adempimento di determinate attività per lo sviluppo del servizio previsto dal contratto ed esclusivamente a tale scopo, sapendo che MAPFRE garantisce la riservatezza dei miei dati e garantisce che non li condividerai con estranei, ad eccezione di quanto indicato in questo documento.

_____	_____	_____
DATA	FIRMA E TIMBRO DELLA SOCIETÀ CONTRATTANTE	FIRMA DELL'ASSICURATO

(PER USO ESCLUSIVO DELLA SOCIETÀ)

CODICI	CONTINUITÀ
--------	------------

AUDITORIA MÉDICA

CODICE O RICHIESTA	CODICE O RICHIESTA	CODICE O RICHIESTA
--------------------	--------------------	--------------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
DATA	FIRMA E VISTO	DATA	FIRMA E VISTO	DATA	FIRMA E VISTO

NOTA IMPORTANTE: IN CASO DI RIMBORSO, LE SPESE DEVONO ESSERE PRESENTATE ENTRO 30 GIORNI DELLA FATTURAZIONE E SECONDO QUANTO SEGUE: TUTTE LE PROVE DEL PAGAMENTO (RICEVUTE PER COMPENSI PROFESSIONALI, FATTURE, BOLLETTE) DEVONO ESSERE RILASCIATE INTESATE ALL'ASSICURATO (PAZIENTE)

(DA COMPILARE DAL MEDICO CURANTE)

Indicare chiaramente data di diagnostico o di inizio dei sintomi, nome della struttura sanitaria, nome del medico curante

PRECEDENTI PATOLOGICI

MALATTIA ATTUALE (Se si tratta di incidente, indicare data e circostanze)

ESAMI AUSILIARI

DIAGNOSTICI

TRATTAMENTO MEDICO O CHIRURGICO

VALUTAZIONE MEDICA

SULL' OSPEDALIZZAZIONE

CLINICA | STANZA | STORIA CLINICA

DATA DI RICOVERO | DATA DI DIMISSIONE

DATI DEL MEDICO CURANTE

NOME | SPECIALIZZAZIONE | TELEFONO

C.M.P. | R.E. | R.U.C. | R.P.I.

DATA

FIRMA E TIMBRO

