



Il presente modulo deve essere restituito alla Centrale Operativa compilato in ogni parte, firmato e con la documentazione allegata richiesta, almeno 3 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione al Fax **015-2559666** o alla casella mail **gsm.vittoria@mapfre.com**

DATI ASSICURATO E POLIZZA

COGNOME E NOME DELL'ASSICURATO:		CODICE FISCALE:
INDIRIZZO MAIL:	N° TELEFONO (FISSO O CELLULARE):	
NUMERO DI POLIZZA:	NUMERO DI SINISTRO: (se conosciuto)	

GARANZIA PER LA QUALE SI CHIEDE L'ATTIVAZIONE A NORMA DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA (barrare la casella corrispondente)

<input type="checkbox"/> RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	<input type="checkbox"/> GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	<input type="checkbox"/> CURE MEDICHE PRE E POST RICOVERO
<input type="checkbox"/> VISITE SPECIALISTICHE	<input type="checkbox"/> ASSISTENZA DIAGNOSTICA E TRATTAMENTI FISIOCINESITERAPICI	<input type="checkbox"/> MEDICINA PREVENTIVA
<input type="checkbox"/> CURE TERMALI	<input type="checkbox"/> ASSISTENZA INFERMIERISTICA	<input type="checkbox"/> ACCOMPAGNATORE
ALTRO (specificare):		

PATOLOGIA PER CUI SI RICHIEDE LA PRESA IN CARICO ED IL PAGAMENTO DIRETTO

.....	
ISTITUTO DI CURA CONVENZIONATO SCELTO:	
COGNOME E NOME DEL MEDICO SCELTO, SE NOTO : (SOLO PER INTERVENTI CHIRURGICI E VISITE SPECIALISTICHE)	DATA PREVISTA PER LA PRESTAZIONE: ____/____/____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

<p>IL SOTTOSCRITTO, COERENTEMENTE CON LE CONDIZIONI CONTRATTUALI DEFINITE NELLA COPERTURA ASSICURATIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 alla Compagnia le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture previste, ed a rimborsare direttamente alla struttura sanitaria e/o al 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
----------------	--------------------

