

RICHIESTA PRESTAZIONE DIRETTA IN NETWORK

Fax che l'Assistito deve inviare preventivamente per richiedere una prestazione nell'ambito del Network Newmed e godere dell'assistenza con pagamento diretto a carico di DKV Salute

Data _____

| | |
|-------------------------------------|--------------------|
| A: Spett.le Newmed S.p.A. | DA: Sig. / Sig.ra: |
| C.so Indipendenza, 6 - 20129 Milano | Tel.: Cell.: |
| FAX: +39 02 70039921 | Fax: E-mail: |

| | |
|---|---|
| RICHIESTA PRESTAZIONE: IN NETWORK <input type="checkbox"/> | IN NETWORK INTEGRATIVA AD ALTRO ENTE <input type="checkbox"/> |
| OSPEDALIERA: <input type="checkbox"/> | |
| POST-RICOVERO: <input type="checkbox"/> | (Ricovero avvenuto dal _____ al _____) |
| EXTRAOSPEDALIERA: <input type="checkbox"/> | (se regolamentato dal contratto) |
| DENTARIA: <input type="checkbox"/> | |
| PREVENTIVO DI SPESA EURO: _____ | |

| | |
|---------------------------------|----------------------|
| ASSISTITO/A: | N. MATRICOLA: |
| CODICE FISCALE: | |
| AZIENDA DI APPARTENENZA: | |

L'Assistito/a: _____ con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura: SI NO

e/o dalla équipe medica e/o dal Professionista Medico: SI NO

convenzionati con Newmed S.p.A., nel rispetto delle condizioni previste dalla Convenzione assicurativa.

In caso di utilizzo di équipe medica e/o Professionista Medico non convenzionati è necessario allegare al fax il preventivo di spesa.

Nel caso in cui la copertura operi ad integrazione di quanto erogato da altro Ente (FASI, FASDAC, ecc.), la procedura di indennizzo diretto è applicabile solo se la Struttura è convenzionata sia con DKV Salute che con l'Ente stesso e limitatamente alla parte da questo non coperta.

| | |
|--|--|
| STRUTTURA: | Convenzionata: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| NOMINATIVO DEL MEDICO: | Convenzionato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| PATOLOGIA: (ove richiesta - come da certificato medico allegato alla presente): | |
| IN CASO DI RICOVERO: data prevista di ingresso: | Tipo ricovero: (con o senza intervento, intervento ambulatoriale, ecc.) |
| IN CASO DI POST-RICOVERO, EXTRAOSPEDALIERE, DENTARIE: | |
| Branca esercitata dal professionista medico: _____ | |
| Tipo prestazione: _____ | |

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nelle Convenzioni assicurative:

- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nelle Convenzioni;
- autorizza DKV Salute 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 alla Struttura Sanitaria tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalle convenzioni ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della Struttura Sanitaria e/o Professionista Medico;
- si impegna a rimborsare a posteriori a DKV Salute, le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture, ed a versare 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.

Firma dell'Assistito per accettazione: _____

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", 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 DKV Salute S.p.A., Newmed, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione: _____

(firma)