DKV Salute S.p.A.

DKV Salute

MODULO DENUNCIA SINISTRO E RICHIESTA RIMBORSO SPESE MEDICHE

Da inoltrare a: Newmed Corso Indipendenza, 6 - 20129 Milano

AZIENDA ADERENTE:
COGNOME/NOME **TITOLARE COPERTURA**:
CODICE FISCALE (obbligatorio):
MATRICOLA N.: INDIRIZZO:
FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:
CODICE FISCALE (obbligatorio):

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., 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)

PRESTAZIONI DI CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

In caso di documentazione afferente RICOVERO (Intervento Ambulatoriale, Day Hospital, Parto, ecc.), compilare il seguente riquadro:

Periodo degenza: dal _____ al _____ con intervento ☐ senza intervento ☐

Fatture afferenti il: pre ricovero: ☐ ricovero: ☐ post ricovero: ☐

DISTINTA "NOTULE / FATTURE / DOCUMENTAZIONE" ALLEGATI

Data	Numero	Emessa da	Importo	Ulteriore documentazione
				☐ Cartella Clinica ☐ Certificati Medici ☐ Altro: - -

COORDINATE BANCARIE IBAN DEL TITOLARE

Banca d'appoggio: _____ **Filiale:** _____

|I|T|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Paese CinEuro Cin Abi Cab N° Conto

E' obbligatorio, ai fini del rimborso, indicare il codice fiscale del titolare e del familiare e le coordinate bancarie.

Firma: _____ Data compilazione: _____