



Modulo di denuncia sinistro per indennità/rimborso spese sanitarie previste dalla copertura:

Ricoveri e interventi

Diagnostica e analisi

Benessere dentale

Oculistica e benessere visivo

Visite, prevenzione e farmaci

Fisioterapia

Malattie gravi +

Da compilarsi a cura dell'Assicurato. Si prega di utilizzare un modulo per ciascun nominativo anche in caso di assicurati dello stesso nucleo familiare.

Informazioni sulla polizza

Dati polizza

Polizza n. _____

Nome Cognome Contraente _____

Dati Assicurato

Nome Cognome _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo _____

Cap _____

Telefono/Cellulare _____

Email _____

Informazioni per la liquidazione del sinistro

In relazione alla denuncia di sinistro abbiamo bisogno di ricevere il codice Iban di un conto corrente a lei intestato

Iban _____

Contatti utili e modalità di invio della denuncia

Per ricevere assistenza e per essere supportato nella compilazione del modulo di denuncia sinistro può contattare il n. **800.124.124** oppure il n. **+39.02.30.32.80.13** se chiama dall'estero.

Il modulo di denuncia compilato in tutte le sue parti e firmato, unitamente alla copia della documentazione medica e di spesa, deve essere inviato al seguente indirizzo:

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., Ufficio Liquidazioni c/o InSalute Servizi S.p.A. - Via San Francesco d'Assisi, 10 - 10122 Torino

Data denuncia sinistro

Firma dell'Assicurato

(se minore, firma di chi esercita la
potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

.....

.....

