

<b>CONVEZIONE ITALPREVIASS</b> POLIZZA: _____ AZIENDA: _____	<b>INVIARE IL MODELLO DI DENUNCIA A:</b> <b>ITALPREVIASS</b> c/o ITAL BROKERS S.p.A. Ufficio Sinistri – malattia Via Albaro 3 16145 Genova.
--	--

**MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE**

Cognome/Nome ( <i>titolare copertura</i> ):		
Codice fiscale ( <i>obbligatorio</i> ):		
Indirizzo:		
Città:	Prov.	Cap.
Telefono ( <i>obbligatorio</i> ):		
E-mail ( <i>obbligatorio</i> ):		
IBAN ( <i>obbligatorio</i> ): _____		
Intestatario Conto corrente: _____		

Amministratore     
  Dirigente     
  Quadro     
  Dipendente

• **Componente del nucleo familiare per il quale si richiede il rimborso:**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

• **Tipo copertura:**

Integrativa FASI/FASDAC/QUAS     
  Non integrativa

• **Garanzia per la quale si richiede il rimborso (ove previste dalla specifica copertura attivata):**

- Ospedaliera:**
  - con intervento chirurgico (compreso parto cesareo);
  - senza intervento chirurgico;
  - grande intervento chirurgico;
  - parto naturale;
  - intervento ambulatoriale
  - intervento per eliminazione o correzione di difetti della vista.
  - vitto e pernottamento;
  - trasporto in autoambulanza (in Italia);
  - trasporto all'estero in treno/aereo di linea.
- Indennità sostitutiva**
- Assistenza domiciliare**
- Extraspedaliere**
  - Prestazioni diagnostiche e terapeutiche (es. Dopler,TAC,RMN, ecc)
  - Visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici di laboratorio
- Lenti e occhiali**
- Protesi ortopediche**
- Cure dentarie**
- Altro** \_\_\_\_\_

