

Polizza malattia n. 2000060048
Banca Popolare di Ancona

Motivo della richiesta:

DENUNCIA di sinistro
 CONTINUAZIONE di sinistro _____
 CHIUSURA di sinistro _____
 DENUNCIA e CHIUSURA di sinistro

Dati dell'Assicurato:

(beneficiario della prestazione)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Sesso M F

Indirizzo _____ Località _____ CAP _____

Nr. di telefono _____

Telefono Ufficio

Denominazione Ufficio di appartenenza

Telefono abitazione

Descrizione del sinistro:

(definizione o breve descrizione)

La documentazione di spesa (fatture o ricevute fiscali) dovrà pervenire in originale, salvo il caso in cui la stessa sia stata consegnata ad altro Ente per i rimborsi previsti da altra copertura. In tal caso dovrà essere presentata la copia delle fatture fiscalmente regolari e l'originale del documento comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

Documentazione allegata:

A) a comprova della patologia ⁽¹⁾

1) _____

2) _____

3) _____

B) a comprova della spesa ⁽²⁾

1) _____

2) _____

3) _____

Con la presente chiedo: il rimborso delle spese sostenute il pagamento dell'indennità sostitutiva

C/C da accreditare:

Banca _____ Filiale _____

IBAN _____ intestato a _____

Luogo e data



Firma dell'Assicurato o in Sua vece di chi lo rappresenta

SERVIZIO UNO

(spazio da compilare solo se si desidera utilizzare il servizio "Utente Newmed On-line" per le richieste di rimborso)

Se si desidera aderire al servizio UNO, barrare la casella: SI, VOGLIO ADERIRE

E-MAIL _____ CODICE FISCALE _____

FIRMA _____

N.B.: a ogni pratica di sinistro deve essere fornito il mod. ASS/461 debitamente sottoscritto. Gli originali delle fatture verranno restituiti a chiusura pratica.

Consegnare o inoltrare in busta chiusa a:
 Newmed c/o UBI Assicurazioni S.p.A. - P.le F.lli Zavattari, 12 - 20149 Milano
 in alternativa è possibile inviare la richiesta a:
 Newmed S.p.A. - C.so Indipendenza, 6 - 20129 Milano

(*) Si rimanda ai singoli articoli di polizza

(2) In originale: fatture e ricevute fiscali.