

CASSA DI ASSISTENZA SANPAOLO IMI

RICHIESTA DI PAGAMENTO DIRETTO DA PARTE DI BLUE ASSISTANCE S.p.A.

IN CASO DI RICOVERO (O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY) IN STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA

➡ inviare a ➡ **BLUE ASSISTANCE S.p.A.** ➡ fax ➡ **011/ 74.17.853**

da trasmettere almeno 3 giorni lavorativi prima della data di ricovero (dall'1/1/2002)

COGNOME E NOME DEL DIPENDENTE / PENSIONATO ISCRITTO (1)

MATRICOLA N.

RECAPITO DI LAVORO (per i pensionati indicare il domicilio)

CONTRASSEGNO RECAPITO TELEFONICO

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (2)

DATA DI NASCITA

(dipendente/pensionato o familiare beneficiario per il quale è richiesto il pagamento diretto del ricovero)

PATOLOGIA e PRESTAZIONE

(riportare la diagnosi medica che rende necessario il ricovero e la tipologia dell'intervento)

CENTRO CONVENZIONATO

(Casa di Cura o Struttura di Day Hospital)

COMUNE

(ove è ubicata la struttura convenzionata)

DATA RICOVERO

COGNOME E NOME DEL MEDICO -PRIMO OPERATORE-
(specialista che prende in cura il paziente durante il ricovero)

CONVENZIONATO
BLUE ASSISTANCE

SI

NO

Il sottoscritto, in relazione al ricovero di cui sopra, richiede il pagamento diretto delle fatture emesse a nome dell'assistito dalla struttura sanitaria e dai medici convenzionati con Blue Assistance, nel rispetto delle condizioni previste ed in particolare **si impegna:**

- **ad accettare, nel caso di iscritto in servizio, che la Cassa di Assistenza Sanpaolo IMI ("Cassa") disponga l'addebito, per il tramite della società di appartenenza, sul c/c di appoggio delle competenze, della quota non immediatamente erogata e subordinata alle risultanze di bilancio** (art.14 Appendice n.1); **a regolare la medesima, nel caso di iscritto in quiescenza, direttamente alla Casa di Cura e/o ai professionisti convenzionati** (art.11 Appendice n. 2);
- **a pagare, nel caso di iscritto in quiescenza, alla Casa di Cura o alla Struttura di Day Hospital/Day Surgery;** ad accettare, in caso di iscritto in servizio, che la "Cassa" disponga l'addebito sul c/c di appoggio delle competenze per il tramite della Società di appartenenza in riferimento a:
-spese relative alle prestazioni non ricomprese nelle coperture della "Cassa" e gli eventuali importi che superino i limiti previsti dalle Appendici n.1 e n. 2 dello Statuto; fatture relative alle spese non sanitarie (telefono, altri extra, ecc.); eventuali franchigie e/o scoperti minimi;
- **a pagare direttamente, nel caso in cui il medico -primo operatore- che prende in cura il paziente durante il ricovero non sia convenzionato con Blue Assistance, le parcelle dei componenti dell'équipe medica per le prestazioni da questa effettuate;**
- **ad accettare specificatamente che:**
 - nel caso di liquidazione a cura di Blue Assistance delle fatture emesse da strutture e medici convenzionati per prestazioni che prevedono l'applicazione di franchigie, la "Cassa" disponga le conseguenti compensazioni mediante rivalsa sui successivi rimborsi di spese sanitarie, con addebito sul c/c in essere c/o Sanpaolo IMI S.p.a. relativo ai rapporti di debito/credito con la "Cassa" ovvero disponendo l'addebito nei propri confronti per il tramite della Società di appartenenza;
 - nell'eventualità che dall'esame a posteriori delle fatture e della documentazione medica si evidenzi che la garanzia fosse da considerarsi inoperante, ovvero qualora per l'assistito siano venuti meno i requisiti statutariamente previsti per beneficiare delle prestazioni, la "Cassa" si rivalga addebitando il corrispettivo delle prestazioni erogate sul c/c in essere *do* Sanpaolo IMI S.p.a. relativo ai rapporti di debito/credito con la "Cassa" ovvero disponendo l'addebito nei propri confronti per il tramite della Società di appartenenza.

DATA _____ FIRMA del dipendente/pensionato (1) _____

Il sottoscritto, con riferimento alla legge n. 675 del 31/12/1996 e successive modifiche, che reca disposizioni a «Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali», esprime il consenso previsto dagli artt. 11, 20, 22 e 28 della legge citata al trattamento dei dati che lo riguardano, nell'ambito degli scopi statutari della Cassa di Assistenza, nonché di quelli ad essi connessi e strumentali; il sottoscritto libera inoltre dal segreto professionale quanti lo hanno tenuto in cura.

DATA _____ FIRMA dell'assistito (2) _____

(per i minori è necessaria la firma di chi esercita la potestà)