Il presente modulo deve essere restituito alla Struttura Liquidativa compilato in ogni parte, firmato e con la documentazione allegata richiesta, almeno 2 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione alla casella mail vittoria.petinsurance@mapfre.com

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO DIRETTA SPESE VETERINARIE

DATI DELL'ASSICURATO

COGNOME E NOME ASSICURATO: _____ CODICE FISCALE: /__/

INDIRIZZO RESIDENZA: _____ N° TELEFONICO:_____

INDIRIZZO E-MAIL: _____NUMERO DI POLIZZA (se noto)_____

GARANZIA PER LA QUALE SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE A NORMA DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA

CAUSA DEL SINISTRO (barrare la casella o le caselle corrispondenti):

☐ MALATTIA (specificare quale)_____ ☐ INFORTUNIO (specificare quale)_____

☐ PARTO CESAREO

PRESTAZIONE PER CUI SI RICHIEDE IL PAGAMENTO DIRETTO (barrare la casella o le caselle corrispondenti):

☐ RICOVERO ☐ SPESE SUCCESSIVE E/O PRECEDENTI AL RICOVERO

☐ SPESE VETERINARIE IN VIAGGIO ☐ SPESE PER DISTACCO COMPASSIONEVOLE

☐ SPESE VETERINARIE POST RITROVAMENTO ANIMALE

CLINICA VETERINARIA E/O AMBULATORIO VETERINARIO CONVENZIONATO SCELTO:_____

MEDICO VETERINARIO CONVENZIONATO CHE EFFETTUERA' LA PRESTAZIONE:_____

DATA IN CUI AVVERRA' LA PRESTAZIONE:_____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

☐ LIBRETTO SANITARIO COMPLETO DELL'ANIMALE PER IL QUALE E' RICHIESTA LA PRESTAZIONE

☐ CERTIFICATO MEDICO O PRESCRIZIONI RIPORTANTI IL N. DI MICROCHIP DELL'ANIMALE

☐ COPIA DEL DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE ANAGRAFE ANIMALI D'AFFEZIONE/ANAGRAFE NAZIONALE FELINA

☐ CERTIFICATI MEDICI O PRESCRIZIONI CHE ATTESTINO IL DECORSO DELLE LESIONI E DELLA MALATTIA E TUTTO CIO' CHE SUPPORTI LA DIAGNOSI PER LA QUALE E' RICHIESTA LA PRESTAZIONE

☐ PER LA SOLA PRESTAZIONE VETERINARIA POST RITROVAMENTO ANIMALE: DENUNCIA DI SMARRIMENTO PRESENTATA ALLA PUBBLICA AUTORITA'

_____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

IL SOTTOSCRITTO, COERENTEMENTE CON LE CONDIZIONI CONTRATTUALI DEFINITE NELLA COPERTURA ASSICURATIVA E NELLA RELATIVA DOCUMENTAZIONE :

- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura;

- autorizza la Struttura Liquidativa a pagare direttamente le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura veterinaria e/o professionista veterinario;

- si impegna altresì a pagare direttamente alla struttura veterinaria tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura veterinaria e/o professionista veterinario;

- si impegna a rimborsare alla Struttura Liquidativa le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture previste, ed a pagare direttamente alla struttura veterinaria e/o al professionista veterinario gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore;

- dichiara di essere stato informato circa il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13-14 Reg. Ue 2016/679 effettuato da Vittoria Assicurazioni S.p.A. in qualità di titolare per le finalità assicurative di cui al rapporto contrattuale sottostante la copertura richiamata sopra.
In ogni caso si ricorda che l'informativa sul trattamento dei dati personali di Vittoria è disponibile sul sito internet della Compagnia nella sezione dedicata alla privacy.

DATA: _____ FIRMA DELL'ASSICURATO:_____

Qualora abbia necessità di ulteriori delucidazioni non esiti a contattarci dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 al n. verde 800/066320 o 015/2559750