

FACSIMILE DI RECLAMO “DI PRIMO LIVELLO”¹

All'Ufficio Reclami di Previmedical
ufficio.reclami.unica@previmedical.it

e p.c. unicaufficioreclami@unicredit.eu

Riquadro da compilare sempre

Iscritto: (nome e cognome).....

data di nascita .../.../...

residenza: Vian. cap.....cittàprovincia.....

domicilio: Vian. cap.....cittàprovincia.....
(da indicare solo se diverso dalla residenza)

recapito telefonico:

indirizzo e-mail:

piano sanitario (indicare l'opzione prescelta, scegliendo tra le seguenti opzioni)

Personale in servizio

- Base
- Standard
- Plus
- Extra

Pensionati

- Base p
- Base + p
- Standard p
- Plus p
- Extra p

¹ Per reclami di primo livello devono intendersi le doglianze che l'assistito rivolge in prima battuta all'Ufficio Reclami di Previmedical, ai sensi di quanto previsto dalla Procedura Reclami. In caso di mancata risposta da parte dell'Ufficio Reclami ovvero in caso di risposta ritenuta insoddisfacente dal reclamante, quest'ultimo può inoltrare un reclamo formale (reclamo di secondo livello) ad Uni.C.A. – UniCredit Cassa Assistenza con una delle modalità di trasmissione indicate nella citata Procedura Reclami reperibile dai siti web www.unica.previmedical.it e www.unica.unicredit.it

Riquadro da compilare solo se diverso dall'iscritto

Beneficiario della prestazione: (nome e cognome)

Qualifica: (ad es. coniuge, figlio, etc.)

data di nascita .../.../...

residenza: Vian. **cap**.....**città****provincia**.....

domicilio: Vian. **cap**.....**città****provincia**.....
(da indicare solo se diverso dalla residenza)

recapito telefonico:

indirizzo e-mail:

Informazioni relative al sinistro oggetto di reclamo

Pratica/Pratiche n.:.....

Motivazioni sottostanti il reclamo: (scegliere tra una delle seguenti opzioni)

reclamo inerente la liquidazione delle domande di rimborso

reclamo relativo a prenotazioni/preattivazioni on-line

Prestazione richiesta: (da indicare sinteticamente, ad es. ecografia, tac, analisi del sangue, parto, pacchetto prevenzione, etc.)

(scegliere tra una delle seguenti opzioni)

effettuata il .../.../...

non ancora effettuata, ma già prenotata

non ancora effettuata, da prenotare per il .../.../... (indicare la data in cui si vorrebbe, indicativamente, effettuare la prestazione)

Il sottoscrittoreclama quanto segue
(descrivere il motivo del reclamo ossia la condotta o il servizio oggetto di lamentela e tutte le
circostanze utili per la valutazione).

.....
.....
.....

.....

In relazione a quanto sopra chiede
(esplicitare le richieste che si vogliono proporre all'impresa ed eventuali argomentazioni a sostegno delle stesse).

.....

.....

.....

.....

Si allega la seguente documentazione
(produrre la documentazione medica e/o amministrativa – quale ad es. copia autorizzazione, copia documentazione presentata a rimborso, lettera reiezione – utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela).

.....

.....

.....

.....

Si resta in attesa di riscontro nei termini previsti dalla Procedura Reclami.

Data .../.../...

Firma *(del soggetto che popone il reclamo)*