

## ALLEGATO 1

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di Assicurato Metasalute

### Attesta che

non sono presenti strutture sanitarie convenzionate nel raggio dei 30 km dalla propria residenza per l'esecuzione delle seguenti prestazioni:

- Cure Dentarie
- Sigillatura denti figli minorenni
- Interventi chirurgici odontoiatrici
- Protesi solo su elementi trattati endodonticamente o chirurgicamente in vigenza di copertura

non sono presenti strutture sanitarie convenzionate nella propria provincia di residenza per l'esecuzione delle seguenti prestazioni:

- Ricovero in Istituto di Cura per intervento chirurgico (garanzia A.1)

### Chiede

che le spese allegate siano liquidate alle condizioni previste nel caso di utilizzo del regime di Assistenza Diretta per la garanzia sopra selezionata.

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato: \_\_\_\_\_