

Mod. 70
DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:
CASSA PREVIASS II – PIANI SANITARI FEDERDISTRIBUZIONE C/O PREVIMEDICAL SPA
 Via Enrico Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

 Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

 Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

 Dipendente

 Quadro

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

 Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell (*) _____ E-mail _____

Azienda di appartenenza _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l'invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

 Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> Prestazioni extraospedaliere non collegate al | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni pre e post ricovero | <input type="checkbox"/> ricovero (*) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Richiesta indennità sostitutiva | <input type="checkbox"/> Fisioterapia e Agopuntura (*) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni di Alta Specializzazione (Diagnostica e terapia) | <input type="checkbox"/> Presidi ed ausili (*) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Visite Specialistiche | <input type="checkbox"/> Pacchetto Maternità (*) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso | <input type="checkbox"/> Lenti (*) | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | <input type="checkbox"/> |

(*) qualora prevista dal proprio piano sanitario

N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE"

 Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture (NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative):

	N° Fattura/Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura/Ricevuta	Importo					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Totale richiesto

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Assicurazione Salute avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO SI* _____

**SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI FONDI O ASSICURATORI E RELATIVO N° DI POLIZZA*

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza: _____ Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

certificato di pronto soccorso

(in caso di incidente stradale) verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati IN FOTOCOPIA (cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, prescrizione medica contenente quesito diagnostico o patologia, altro) che sono acquisiti dalla Compagnia e/o dalla Cassa e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA – Third Party Administrator e strutture aderenti al network convenzionato): _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN

Data compilazione: _____

Firma del Lavoratore Iscritto _____

Firma del familiare _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

Firma per Consenso _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)