

Mod. 70

**DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE**  
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:  
**CASSA PREVIASS II - Piani Sanitari FEDERDISTRIBUZIONE c/o Previmedical S.p.A.**  
**Via Enrico Forlanini 24 - 31022 Preganziol (TV)**  
Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia.

**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

**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 ricovero (*) |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni pre e post ricovero                              | <input type="checkbox"/> Fisioterapia e Agopuntura (*)                              |
| <input type="checkbox"/> Richiesta Indennità Sostitutiva                              | <input type="checkbox"/> Presidi e ausili (*)                                       |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni di alta specializzazione (Diagnostica e Terapia) | <input type="checkbox"/> Pacchetto Maternità (*)                                    |
| <input type="checkbox"/> Visite specialistiche                                        | <input type="checkbox"/> Lenti (*)                                                  |
| <input type="checkbox"/> Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso        |                                                                                     |

(\*) Qualora prevista dal proprio Piano Sanitario

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture:

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

**Totale richiesto:**

\_\_\_\_\_

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 ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

SPECIFICARE SE LE PRESTAZIONI PER LE QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO SONO DERIVATE DA INFORTUNIO CAUSATO DA TERZI O DA SINISTRO STRADALE:

NO  SI\* \_\_\_\_\_

N° altri documenti allegati **IN COPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): \_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso**

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 – D. Lgs 196/2003**

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed 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, Cassa di Assistenza Previass II, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM 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)*