

C. F. 90164060270

**DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE**  
 (Prestazioni a tutela diretta del Fondo)

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA	
Cognome _____	Nome _____
Nato/a _____ il ____ / ____ / ____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale _____	
Tel/Cellulare _____	
E-mail _____	
* Indicare l'e-mail oppure il numero di cellulare, per ricevere gli aggiornamenti.	

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO	
Cognome _____	Nome _____
Nato/a _____ il _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale _____	

**Prestazioni:**

- |   |   |
|---|---|
| - VISITE SPECIALISTICHE .....               | □ |
| - ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA..... | □ |
| - LTC .....                                 | □ |
| - TRISOMIA 21 .....                         | □ |
| - VACCINAZIONI .....                        | □ |
| - FISIOTERAPIA .....                        | □ |
| - PROTESI.....                              | □ |
| - LENTI.....                                | □ |
| - ODONTOIATRIA.....                         | □ |
| - FISIOTERAPIA .....                        | □ |
| - ESENTI .....                              | □ |
| - MATERNITA' .....                          | □ |
| - CHIRURGIA.....                            | □ |
| - INEZIONI A DOMICILIO.....                 | □ |

Presentando i documenti evidenziati che saranno riconsegnati al termine della procedura di inserimento:

	N° TICKET / FATTURA / RICEVUTA	ENTE EMITTENTE / P.IVA	DATA FATTURA / RICEVUTA	IMPORTO
1				, , , , , , , , , ,
2				, , , , , , , , , ,
3				, , , , , , , , , ,
4				, , , , , , , , , ,
5				, , , , , , , , , ,
6				, , , , , , , , , ,
7				, , , , , , , , , ,
8				, , , , , , , , , ,
9				, , , , , , , , , ,
10				, , , , , , , , , ,
11				, , , , , , , , , ,
12				, , , , , , , , , ,
13				, , , , , , , , , ,
<b>Totale richiesto:</b>				, , , , , , , , , ,

