

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.....	□
- INIEZIONI 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				
			Totale richiesto:	

Presentando N. _____ altri documenti allegati conservati **IN COPIA** allegati alla presente

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

***SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E IL CONTRIBUTO RICEVUTO**

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRO CONTRIBUTO OTTENUTO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

☐ NO ☐ SI* _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (di riferimento per la liquidazione delle prestazioni, salvo comunicazione diversa successiva)

Intestatario conto corrente:

[illegible]

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 delle prestazioni, previste dalla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondo Sanitario, Sportelli accreditati con il Fondo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A; Aon Hewitt Risk & Consulting S.r.l; 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)