

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:
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO,
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Gioberti 33 - 31021 Mogliano Veneto (TV)
Unitamente alla documentazione medica e di spesa in originale.

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

Gestione Iscritti/Aderenti in Servizio

Gestione Iscritti/Aderenti in Quiescenza

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

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

Tel _____ Cell* _____ E-mail _____

Numero matricola _____ 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 _____

Riservato agli iscritti assenti di lunga durata, in esodo o in quiescenza per la restituzione della documentazione

Via _____ n. _____ città _____ (____)

Tel. E_MAIL _____ @ _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in istituto di cura.....
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero

N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche, qualora previste dal proprio piano sanitario, utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE"

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

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

Totale richiesto al netto dell'imposta di bollo (€ 1,81 ove presente sul documento 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 ASSICURATORI O FONDI 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

verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati **IN ORIGINALE** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

N.B.: In caso di ricovero è sempre necessario allegare la cartella clinica

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

Il sottoscritto, in relazione all'informativa già ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, conferma il consenso al trattamento dei propri dati sensibili, acquisiti o che saranno acquisiti nell'ambito degli scopi statutari del Fondo Sanitario, ed alla comunicazione dei dati stessi ai soggetti indicati nell'informativa.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome _____ Firma per Consenso _____
del beneficiario della prestazione

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