

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 fotocopia*

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 _____ (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")

E-mail _____ @ _____

Numero matricola _____ Azienda di appartenenza _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

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

Riservato agli iscritti in lunga assenza, in esodo o in quiescenza per la restituzione della documentazione

Via _____ n. _____ città _____ (_____)

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
- Altro (es. protesi, farmaci, presidi, ecc.)

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:

	N° Fattura- Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura- Ricevuta	Ulteriore copertura assicurativa (SI/NO)**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Importo									

Totale richiesto al netto dell'imposta di bollo (€ 1,81 ove presente sul documento di spesa):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per le verifiche statutariamente previste.

** In presenza di altre analoghe coperture, per la spesa sostenuta, per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al "Fondo Sanitario". Il Fondo riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato dall'ulteriore copertura e l'entità del rimborso da parte del Fondo potrà coprire il 100% della spesa rimasta a carico dell'iscritto qualora la stessa risulti inferiore o pari ai limiti massimi rimborsabili ai sensi del Regolamento. In tal caso il termine di presentazione per la relativa richiesta di rimborso è prorogato a 90 giorni dalla data del rimborso ottenuto da terzi.

In alternativa, è facoltà dell'iscritto presentare in prima istanza specifica domanda di rimborso al Fondo Sanitario accettando la liquidazione definitiva del 50% della somma spettante.

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 EVENTO 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 documentazione afferente **RICOVERO** (Intervento Ambulatoriale, Day Hospital, Parto, ecc.), compilare il seguente riquadro:

Periodo degenza: dal _____ al _____ Con Intervento Senza Intervento Diaria Sostitutiva

Fatture afferenti il: Pre-ricovero Ricovero Post-ricovero

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

N.B.: In caso di **RICOVERO IN STRUTTURA PRIVATA** è sempre necessario allegare la cartella clinica

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

Data compilazione: _____ Firma del Titolare: _____

Firma del beneficiario della prestazione _____

(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)