

RICHIESTA DI INDENNIZZO PER SPESE SANITARIE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA			
Cognome _____		Nome _____	
Nato/a _____	il _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Codice Fiscale _____
Tel _____	Cell* _____	E-mail _____	
* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms			

Prestazioni per le quali si richiede l'indennizzo:

- CHIRURGIA
- VISITE SPECIALISTICHE
- ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA
- FISIOTERAPIA
- PROTESI.....
- LENTI
- ODONTOIATRIA (*)

(*): In caso di richiesta rimborso spese odontoiatriche è necessario allegare il dettaglio delle prestazioni e delle spese sostenute

Si riepilogano di seguito i documenti trasmessi:

N°	DOCUMENTI/PRESTAZIONE	ENTE EMITTENTE	DATA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

In caso di INFORTUNIO o INCIDENTE STRADALE allegare la seguente documentazione:

- certificato di pronto soccorso
 verbale dell'autorità giudiziaria

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

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN:

Data compilazione: _____

Firma del lavoratore iscritto: _____

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, Fondo Sanitario, Sportelli accreditati con il Fondo, 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 _____