

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE
 (nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:
RBM ASSICURAZIONE SALUTE
Ufficio Liquidazioni (Rif: PMI SALUTE)
 Via E. Forlanini 24 – Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO	<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE
<input type="checkbox"/> Iscritto in esercizio/in attività	<input type="checkbox"/> Iscritto in Quiescenza

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
 Tel _____ Cell (*) _____
 E-mail _____ @ _____
 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; comunicando il numero di cellulare autorizzi l'invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

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

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ricovero in istituto di cura | <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva |
| <input type="checkbox"/> Day Hospital/intervento chirurgico ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Indennità giornaliera da ricovero CoViD-19 |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni collegate a ricovero (pre/post) | <input type="checkbox"/> Indennità una tantum terapia intensiva CoViD-19 |
| <input type="checkbox"/> Cure oncologiche/follow up oncologico | <input type="checkbox"/> Indennità una tantum terapia sub-intensiva CoViD-19 |
| <input type="checkbox"/> Copertura per non autosufficienza | <input type="checkbox"/> Indennità da quarantena obbligatoria CoViD-19 |
| <input type="checkbox"/> Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni terapeutiche | <input type="checkbox"/> Altro (protesi ortopediche, apparecchi acustici, indennità permanente da infortunio, ecc) |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica | |

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture (NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative):

	N. Fattura/Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura/Ricevuta	Importo					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Totale richiesto

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

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Compagnia avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali 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. **Ciò non vale per le indennità da Covid-19**

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 FONDI O ASSICURATORI 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
 (in caso di incidente stradale) verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati IN FOTOCOPIA (cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, prescrizione medica contenente quesito diagnostico o patologia, altro) che sono acquisiti dalla Cassa e/o dalla Compagnia e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA – Third Party Administrator e strutture aderenti al network convenzionato): _____

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 Titolare della copertura _____

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 ai sensi della normativa vigente in materia

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 della Compagnia ed alla comunicazione dei dati stessi ai soggetti indicati nell'informativa.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

Firma del familiare _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)