

**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:

**PREVIMEDICAL S.P.A.**  
Via E. Forlanini 24 –31022 Borgo Verde - 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:**

- Prestazioni ospedaliere
  - o Ricovero in istituto di cura .....
  - o Prestazioni collegate a ricovero (pre/post) .....
- Prestazioni Extraospedaliere (non collegate al ricovero) .....
- Prestazioni Fisioterapiche (non collegate al ricovero) .....

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.



**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**

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e 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, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

**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)*