

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE
PERSONALE DIPENDENTE, ASSEGNISTA E BORSISTA**

Cassa RBM Salute

(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:

Cassa RBM Salute – Fondo Sanitario Integrativo del SSN

Ufficio Liquidazioni

Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE a domanda già inoltrata

Iscritto in esercizio/in attività

Iscritto 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 _____

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:

- Ricovero in istituto di cura
- Day hospital/intervento chirurgico ambulatoriale.....
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Cure oncologiche/follow up oncologico.....
- Copertura per non autosufficienza
- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici,prestazioni terapeutiche
- Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica.....
- Medicina Preventiva.....
- Altro (protesi ortopediche,apparecchi acustici, indennità permanente da infortunio, ecc)

Si allegano **IN FOTOCOPIA** le seguenti fatture e/o ricevute fiscali:

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

Importo

--

* La Cassa si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per operare le verifiche che si rendessero necessarie.

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 alla Cassa.

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analogha 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 A Carico del SSN

Fatture afferenti il: Pre-ricovero Ricovero Post-ricovero

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

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

N.B.: In caso di **INFORTUNIO** è sempre necessario allegare il certificato di Pronto Soccorso

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE CAGIONATO DA TERZI PARTI COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Terzo Danneggiante: _____

Nome della Compagnia del Terzo Danneggiante: _____

Numero di Polizza: _____ Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

certificato di pronto soccorso

verbale dell'autorità giudiziaria

COORDINATE BANCARIE DELL'ADERENTE, da indicarsi solo in caso di variazione di quanto comunicato in sede di adesione alla Cassa - Codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente)

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 della Cassa, 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)