

**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:

**CASSA RBM SALUTE – FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SSN**

**Ufficio Liquidazioni**

Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

**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:**

- Ricovero in istituto di cura .....
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post) .....
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione .....
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero .....

**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 (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, Cassa RBM Salute 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 analogha 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 SÌ, 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 Regolamento UE 2016/679, 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 dell'interessato \_\_\_\_\_

Firma del familiare \_\_\_\_\_

*(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*