

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 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

verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati IN FOTOCOPIA (prescrizione dell'odontoiatra contenente quesito diagnostico o patologia, cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, 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 per Consenso _____

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