

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE (cl.71)

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
Amici di Campi/ RBM Assicurazione Salute SpA - Via Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol TV
 unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia.

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

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:

- 4.1 Ricovero per Grande Intervento Chirurgico.....
- 4.2 Grave evento morboso: ricovero senza intervento chirurgico
- 4.3 Grave evento morboso: trattamento medico domiciliare.....
- 5.1 Ricovero..... 5.2 Day Hospital 5.3 Intervento chirurgico ambulatoriale
- 4.4 Indennità sostitutiva..... 5.4 Indennità sostitutiva.....
- 5.5 Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero
- 5.6 Extra-ospedaliere
- 5.10 Check Up

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture:

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Totale richiesto:

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

