

**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.

