

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE  
PERSONALE ASSOCIATO E IN QUIESCENZA**

**RBM Salute S.p.A.**

(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:

**RBM Salute S.p.A. - 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 Compagnia 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 Compagnia.

**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 al Piano Sanitario - 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**

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", **ACCONSENTO** al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical S.p.A., RBM Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

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)*