

Convenzione con Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

SPAZIO RISERVATO AL FONDO

## Modulo di richiesta

# RIMBORSO SPESE SANITARIE

Spedire la documentazione allegata in copia, tramite Raccomandata A/R, a:  
**Poste Assicura S.p.A. - convenzione Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita c/o Poste Welfare Servizi - Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma (RM).**

Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali che mi è stata consegnata per conto dei Titolari del trattamento dal datore di lavoro ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679/ " (GDPR) e comunque disponibile sul sito [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it) e nell'area riservata iscritto del sito, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali "particolari" relativi alla salute come previsto dall' art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679. Tali dati sono necessari per l'erogazione del servizio e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, dalle Compagnie Poste Vita S.p.A. (caso di polizze ramo Vita) e Poste Assicura S.p.A., (caso di polizze ramo Danni) in qualità di Titolari, nonché da Poste Welfare Servizi che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

### COMPILARE UN MODULO PER OGNI PERSONA

#### DATI RICHIEDENTE (Assistito principale) – Codice adesione Fondo n.: .....

Da compilare in stampatello da parte del richiedente. Tutti i dati sotto riportati sono obbligatori.

COGNOME ..... NOME .....

NATO A ..... PROVINCIA ..... IL (GG/MM/AAAA) .....

RESIDENTE A ..... PROVINCIA ..... C.A.P. ....

INDIRIZZO ..... TELEFONO .....

EMAIL (leggibile) ..... C.F. ....

CATEGORIA DI APPARTENENZA .....

#### COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE DELL'ASSISTITO PRINCIPALE

Compilare solo se la domanda di rimborso si riferisce a un componente del nucleo familiare per il quale si sia richiesta l'estensione. Tutti i dati sotto riportati sono obbligatori.

COGNOME ..... NOME .....

NATO A ..... PROVINCIA ..... IL (GG/MM/AAAA) .....

C.F. ....

#### COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO

##### COORDINATE BANCARIE IBAN:

PAESE      CIN Eur      CIN Ita      ABI      CAB      NUM. CONTO CORRENTE

INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE:  ASSISTITO PRINCIPALE     FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

**ELENCO SPESE**

Copia della documentazione relativa alle spese sostenute.

In caso di richiesta di diaria è sufficiente indicare il nome della struttura. Laddove previsto dalla legge, sulle fatture per le quali si richiede il rimborso, dovrà essere apposta la relativa marca da bollo meglio specificata nelle istruzioni di seguito riportate. Diversamente, qualora la marca da bollo non sia presente, non si procederà al rimborso della stessa. Si riporta di seguito l'elenco delle fatture allegate alla presente.

	N° FATTURA/RICEVUTA	NOMINATIVO DI CHI HA EMESSO IL DOCUMENTO DI SPESA (E.G., MEDICO O STRUTTURA SANITARIA)	DATA FATTURA	IMPORTO (IVA COMPRESA)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

## Modulo di richiesta RIMBORSO SPESE SANITARIE

Le richieste acquisite pervengono direttamente alla Compagnia Poste Assicura S.p.A., incaricata della valutazione dei rimborsi dovuti, secondo la specifica tipologia di Piano Sanitario.

**Attenzione:** ai fini del corretto rimborso del sinistro, il bonifico sarà effettuato solo sulle coordinate bancarie dell'Aderente indicate in fase di adesione. In caso di modifica delle coordinate bancarie, si prega di provvedere all'aggiornamento delle stesse con l'indicazione del nuovo IBAN sul sito del Fondo Sanitario [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it) o tramite il proprio datore di lavoro.

Si dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

- il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il "Fondo") è a gestione convenzionata e che le prestazioni previste dal relativo piano sanitario saranno erogate direttamente da parte della compagnia Posta Assicura S.p.A. (di seguito, "Poste Assicura"), autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa;
- ai fini di una corretta valutazione del sinistro e/o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo e/o Poste Assicura avranno sempre (anche disgiuntamente) la facoltà di richiedere l'esibizione e/o la produzione della documentazione in originale.

### DOCUMENTI ALLEGATI

FATTURE N..... ALTRO\* N.....

\* Per esempio: Cartelle cliniche, Certificati di Dimissione, Prescrizioni/Certificazioni mediche

.....  
DATA



.....  
FIRMA DELL'ASSISTITO PRINCIPALE

## **ISTRUZIONI PER GLI ASSISTITI**

### **A. Modalità di Pagamento delle Prestazioni**

Si precisa che il pagamento delle prestazioni avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario. Si precisa altresì che, a tal fine, secondo le recenti disposizioni bancarie, è obbligatoria l'indicazione del codice IBAN dell'assistito principale fornito sulla scheda anagrafica consegnata all'azienda. Si precisa che il rimborso delle prestazioni avverrà direttamente sul c/c indicato dall'assistito principale anche per richieste di rimborso di prestazioni del nucleo familiare. Pertanto, si invitano gli aderenti a verificare la validità dei dati in possesso del Fondo Postevita Fondo Salute, tramite il sito Internet [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it), accedendo alla home page personale, tramite la password individuale e il codice personale a suo tempo comunicati, richiedendo alla propria Azienda di trasmettere al Fondo la eventuale rettifica dei dati.

### **B. Indicazioni per la compilazione del modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie**

1. Trascrivere nella prima parte del presente modulo di "Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie" il Codice di Adesione al Fondo, con i propri estremi anagrafici ed il recapito telefonico;
2. utilizzare un modulo diverso per ciascuno dei familiari assistiti;
3. compilare, in stampatello, la parte relativa agli estremi della documentazione di spesa inviata, indicando il numero della fattura, il nominativo di chi ha emesso il documento (ad es., medico o struttura sanitaria), la data della fattura e l'importo comprensivo di I.V.A.;
4. indicare il numero delle fatture inviate e la tipologia di documentazione supplementare allegata (ad es., cartelle cliniche, prescrizioni, etc.); riportare nella apposita casella il totale degli importi richiesti;
5. apporre la data e la propria firma negli spazi predisposti.

### **C. Documentazione in copia**

Al modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie dovrà essere allegata tutta la documentazione di spesa necessariamente in copia attestante inequivocabilmente l'avvenuto pagamento della/e prestazione/i oggetto di rimborso ai sensi del Piano Sanitario prescelto. Il dettaglio della documentazione da allegare per ciascuna prestazione è indicato nel Piano Sanitario prescelto.

### **D. Prestazioni non rimborsabili**

La liquidazione dei rimborsi regolarmente richiesti avverrà esclusivamente sulla base del Piano Sanitario prescelto nei limiti del massimale previsto per ogni assistito e della tipologia di prestazione. Si prega, pertanto, di non richiedere rimborsi per prestazioni non previste dal Piano Sanitario prescelto, onde evitare intralci alla regolare liquidazione delle pratiche.

### **E. Imposta di bollo su Ricevute mediche (non rimborsabile)**

Premesso che:

- per effetto dell'applicazione dell'articolo 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza e/o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad € 77,48 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in € 2,00 mediante applicazione, da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone;
- in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% e il 500% del tributo dovuto;
- sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano e/o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo ovvero li allegano ad altri atti o documenti;

Il Fondo, qualora riceva dai propri Assistiti, ai fini del rimborso, atti e/o documenti privi di marca o bollo a punzone (per i quali la legge ne dispone l'apposizione), ai fini dell'esonero da responsabilità amministrativa, è obbligato alla presentazione di tali documenti all'Ufficio del Registro territorialmente competente.

Ai fini dell'accettazione della documentazione per procedere al rimborso delle prestazioni da parte del Fondo, l'assistito deve presentare al Fondo stesso fatture e/o documenti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo, non rimborsabile dal Fondo, ove richiesto dalla normativa pro tempore vigente.