MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO
Piano sanitario per i Pensionati iscritti SNFIA

ATTENZIONE: AFFINCHÉ SI POSSA TRATTARE I SUOI DATI E QUELLI DEGLI ALTRI BENEFICIARI DELLA POLIZZA A LEI COLLEGATI, É NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Artt 13 e 23 D.Lgs n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali aggiornato con L 205/2021)
Lei e gli eventuali famigliari interessati esprimete il consenso, valevole per il trattamento dei dati personali, anche sensibili, per finalitá assicurative e liquidative, apponendo la firma sul presente modulo. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso non si potrá dare esecuzione al contratto, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri e rimborsi).

Luogo e data _____ _____

Nome e Cognome del titolare di polizza _____

(Firma dell'interessato) _____

Nome e Cognome della persona per cui si richiede rimborso _____

(Firma dell'interessato) _____

==========

ASSICURATO: Cognome _____ **Nome** _____

PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ **Nome** _____ **Nato il** __/__/____ **a**_____ **prov**_____

Residente in Via _____**cap**_____ **Cittá** _____**prov**_____

Domicilio (se diverso dalla residenza) Via_____**cap** _____ **Città**_____**prov**_____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tel _____ **cell** _____ **E-mail** _____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ricovero in istituto di cura, day hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale

Copia della cartella clinica completa
ed eventuali prescrizioni mediche ……|__|
Copia fatture e/o ricevute fiscali ……..|__|

Prestazioni pre e post ricovero

Copia prescrizioni mediche con indicazione
Patologica presunta o accertata ……..|__|
Copia fatture e/o ricevute fiscali ……|__|

Ricovero: richiesta indennità sostitutiva

Copia della cartella clinica completa ……..|__|

Prestazioni di alta specializzazione

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
presunta o accertata ……|__|
Copia fatture e/o ricevute fiscali ……|__|

Visite specialistiche

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
presunta o accertata ……|__|
Copia fatture e/o ricevute fiscali ……|__|

SI ALLEGANO LE SEGUENTI FATTURE

NUMERO	DATA	IMPORTO	NUMERO	DATA	IMPORTO

Altre polizze malattia/infortuni possedute SI |__| **NO** |__| **Compagnie** _____

Al fine del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:

Cc intestato a: _____ **Banca/posta**

Codice IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data _____ **Firma del titolare** _____