

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

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

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
FAB – Fondo Assistenza & Benessere - Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Enrico 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 _____

* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso la ricezione di sms.

(*Comunicando il numero di cellulare, autorizzi Previmedical ad inviarti sms di promemoria e scadenza delle tue pratiche)

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
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post).....
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione.....
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero.....

 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.

