PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

RBM AssicurazioneSalute

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE

(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:

FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE
Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

☐ **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** _____

Azienda di appartenenza _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l'invio di sms di promemoria e scadenze 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:

Prestazione	Patologia	Quantità	Dente/i	Arcata

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture **(NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative)**:

	N° Fattura/Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura/ Ricevuta	Importo
1				,
2				,
3				,
4				,
5				,
6				,
7				,
			Totale richiesto	,

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo Previsalute avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

☐ **NO** ☐ **SI*** _____

SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI FONDI O ASSICURATORI E RELATIVO N° DI POLIZZA

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza: _____ Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

☐ certificato di pronto soccorso

☐ verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati IN FOTOCOPIA (prescrizione dell'odontoiatra contenente quesito diagnostico o patologia, cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, altro) che sono acquisiti dalla Compagnia e/o dalla Cassa/Fondo e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA – Third Party Administrator e strutture aderenti al network convenzionato): _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Data compilazione: _____ **Firma del Titolare della copertura**:_____

Firma del familiare _____
(*se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e 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, PreviSalute, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Intermediari, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

Firma per Consenso _____
(*se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*