

[mod. 64]

**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:  
**RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A., Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.**  
**Casella Postale 67 – 31021 Mogliano Veneto (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 \_\_\_\_\_  
 Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_

(\*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso la ricezione di un 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									
				<b>Totale richiesto</b>					

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

