CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO

Cassa RBM Salute
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL S.S.N.

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE
Cassa RBM Salute – Cassa Nazionale del Notariato

(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:
Cassa RBM Salute – Fondo Sanitario Integrativo del SSN
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

☐ **Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO**	☐ **Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE a domanda già inoltrata**

☐ **Iscritto in esercizio/in attività**	☐ **Iscritto in Quiescenza**

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a _____ **il** _____ **Sesso** M F **Codice Fiscale** _____

Tel _____ **Cell** _____ (da indicare se si intende usufruire del servizio **"SEGUI LA TUA PRATICA"**)

E-mail _____ @ _____

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 ..... ☐
- Day hospital/intervento chirurgico ambulatoriale ..... ☐
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post) ..... ☐
- Cure oncologiche/follow up oncologico** ..... ☐
- Copertura per non autosufficienza *** ..... ☐
- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici,prestazioni terapiche ..... ☐
- Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica ..... ☐
- Medicina Preventiva ..... ☐
- Altro (protesi ortopediche,apparecchi acustici, indennità permanente da infortunio, ecc) ..... ☐

Si allegano **IN FOTOCOPIA** le seguenti fatture e/o ricevute fiscali:

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

TOTALE ,

* La Cassa si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per operare le verifiche che si rendessero necessarie;

** Per il rimborso delle prestazioni di follow up oncologico allegare copia della tessera di esenzione rilasciata dalla A.S.L.;

***Per la copertura per non autosufficienza allegare copia del "Verbale della Commissione di prima istanza per invalidità civile" da cui risulti che l'assistito è riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento.

CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO

Cassa RBM Salute
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL S.S.N.

In presenza di altre analoghe coperture, per la spesa sostenuta, per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione alla Cassa.

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 EVENTO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

☐ **NO** ☐ **SI*** _____

_____

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

In caso di documentazione afferente **RICOVERO** (Intervento Ambulatoriale, Day Hospital, Parto, ecc.), compilare il seguente riquadro:

Periodo degenza: dal _____ al _____ ☐ **Con Intervento** ☐ **Senza Intervento** ☐ **A Carico del SSN**

Fatture afferenti il: ☐ **Pre-ricovero** ☐ **Ricovero** ☐ **Post-ricovero**

N° altri documenti allegati **IN FOTOCOPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

N.B.: In caso di **RICOVERO** è sempre necessario allegare la cartella clinica completa

N.B.: In caso di **INFORTUNIO** è sempre necessario allegare il certificato di Pronto Soccorso

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE CAGIONATO DA TERZI PARTI COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Terzo Danneggiante: _____

Nome della Compagnia del Terzo Danneggiante: _____

Numero di Polizza: _____ Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

☐ certificato di pronto soccorso

☐ verbale dell'autorità giudiziaria

COORDINATE BANCARIE DEL TITOLARE DEL PIANO SANTARIO - Codice IBAN (27 caratteri)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

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

Firma del beneficiario della prestazione _____

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

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Il sottoscritto, in relazione all'informativa già ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, conferma il consenso al trattamento dei propri dati sensibili, acquisiti o che saranno acquisiti nell'ambito degli scopi statutari della Cassa, ed alla comunicazione dei dati stessi ai soggetti indicati nell'informativa.

Data compilazione: _____ **Nome e Cognome** _____

Firma per Consenso del Beneficiario della prestazione _____

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