

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)

<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO	<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE a domanda già inoltrata
--	--

<input type="checkbox"/> Iscritto in esercizio/in attività	<input type="checkbox"/> Iscritto in Quiescenza
--	---

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA	
Cognome _____	Nome _____
Nato/a _____ il _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 terapie
- 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	Ulteriore copertura assicurativa (SI/NO)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Importo									

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* 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.

