

**DOMANDA DI RIMBORSO PER 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
--	--

<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) .....
- Prestazioni extraospedaliere di alta specializzazione .....
- Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici .....
- Protesi ortopediche e acustiche .....
- Cure oncologiche/follow up oncologico \*\* .....
- Altro .....

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				

<b>Totale richiesto</b>	
-------------------------	--



\* 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, in alternativa alla prescrizione medica rilasciata da medico oncologo, allegare copia della tessera di esenzione rilasciata dalla A.S.L.;

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 TERZE 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 SANITARIO – 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 – Regolamento UE 2016/679**

Il sottoscritto, in relazione all'informativa già ricevuta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, 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)*