

[mod.48]

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE "DIPENDENTI "
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
F.a.s.i. Rai , Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Casella Postale 180
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 _____

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 UBI /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 Specialistiche Extraospedaliere
- Prestazioni domiciliari e ambulatoriali
- Spese per acquisto lenti
- Parto non cesareo
- Apparecchi protesici e terapeutici
- Diagnostica preventiva ginecologica

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture:

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO																
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				

Totale richiesto:



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 ASSICURATORI O FONDI 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 COPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

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 lavoratore iscritto: _____

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 – D. Lgs 196/2003

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali",
ACCONSENTO al trattamento ed 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, FasiRai
Fondo Assistenza Sanitaria Interna per i Dipendenti delle Società del Gruppo Rai, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti,
Previmedical S.p.A., RBM 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)*