

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

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 RBM "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare si autorizza l'invio di un sms di cambio stato delle tue pratiche.

DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE AD EDILCASSA VENETO



INDICARE SE IL TITOLARE DELLA COPERTURA E' ISCRITTO AD EDILCASSA VENETO*

SI NO

In caso di risposta affermativa, il titolare dichiara di voler ricevere il contributo integrativo previsto da Edilcassa, laddove spettante, autorizzando la comunicazione dei dati contenuti nella presente domanda di rimborso a Edilcassa Veneto.

*(campo obbligatorio)

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

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

Prestazioni successive al 30/04/2018 assicurate per le quali si chiede il rimborso (piattaforma RBM Previmedical):

- VISITE SPECIALISTICHE
- ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA
- PRESTAZIONI PER LTC

Prestazioni successive al 30/04/2018 autoqestite Sani.In.Veneto per le quali si chiede il rimborso (piattaforma AON)

- CHIRURGIA
- FISIOTERAPIA.....
- PROTESI.....
- LENTI.....
- ODONTOIATRIA

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture in regola con la normativa fiscale (NB. Per tutte le prestazioni eseguite fino alla data del 30/04/2018, la documentazione va caricata unicamente nella piattaforma RBM-Previmedical):

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO																
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				

Totale:



N° altri documenti allegati in FOTOCOPIA (referti, altro) che sono acquisiti dalla Compagnia e/o dal Fondo e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA – Third Party Administrator e strutture aderenti il network convenzionato): _____

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta, RBM Assicurazione Salute o il Fondo avranno la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRO CONTRIBUTO OTTENUTO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO SI* _____

**SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI FONDI O COMPAGNIE ASSICURATIVE E IL CONTRIBUTO RICEVUTO*

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione) Intestatario conto corrente: _____

IBAN:

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

Data compilazione: _____

Firma del Titolare della copertura: _____

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 – Regolamento UE 216/279

Il sottoscritto ricevuto l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

[A] trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria Sani.in.azienda a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical e RBM Assicurazione Salute Spa per le prestazioni assicurate e AON HEWITT Srl per le prestazioni autogestite e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.

DO IL CONSENSO per il punto A)

NEGO IL CONSENSO per il punto A)

[B] Al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti da parte del Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività realizzati dallo stesso nei limiti delle competenze esercitate e specificate nell'informativa medesima.

DO IL CONSENSO per il punto B)

NEGO IL CONSENSO per il punto B)

Data compilazione: _____

Firma del Titolare della copertura: _____

Firma del familiare: _____

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