

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

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:  
**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO**  
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.  
Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

**Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia\***

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Gestione Iscritti/Aderenti in Servizio

Gestione Iscritti/Aderenti 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 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Numero matricola \_\_\_\_\_ Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Riservato agli iscritti in lunga assenza, in esodo o in quiescenza per la restituzione della documentazione**

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**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 Extraospedaliere non collegate al ricovero .....
- Altro (es. protesi, farmaci, presidi, ecc.) .....

**N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE"**

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 al netto dell'imposta di bollo (ove presente sul documento di spesa):**

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

**\* Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per le verifiche statutariamente previste.**

**ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA / INFORTUNIO CON RESPONSABILITA' CIVILE DI TERZI**  
(La mancata compilazione del presente riquadro comporta il respingimento della domanda)

Richiamato il Regolamento delle Prestazioni – Disposizioni Generali – comma V:

“In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi - anche a seguito di infortuni causati dagli stessi - ovvero in presenza di altre analoghe coperture per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al “Fondo Sanitario” che riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato. Ove l'iscritto intenda invece richiedere in prima istanza il rimborso al “Fondo Sanitario”, esso avverrà in via definitiva e senza applicazione di quota differita, in misura pari al 50% di quanto spettante in applicazione del presente Regolamento delle Prestazioni”

il sottoscritto dichiara che le spese sostenute: (*barrare l'opzione di interesse*)

non sono coperte da altra forma assicurativa o riferibili ad infortunio con responsabilità civile di terzi;

sono coperte da altra forma assicurativa o riferibili ad infortunio con responsabilità civile di terzi e pertanto chiede in prima istanza al Fondo la liquidazione definitiva del 50% della somma spettante;  
*La spesa sostenuta, al netto di eventuale franchigia, sarà liquidata nella misura del 50% in via definitiva e senza applicazione di quota differita.*

sono coperte da altra forma assicurativa o riferibili ad infortunio con responsabilità civile di terzi e pertanto chiede in seconda istanza al Fondo la liquidazione della spesa rimasta a carico.  
*La spesa rimasta a carico sarà liquidata nella misura del 100%, qualora la stessa risulti inferiore o pari ai limiti massimi rimborsabili ai criteri vigenti e con applicazione della quota differita, ove prevista. Allegare la lettera di liquidazione dell'altra assicurazione riportante il dettaglio delle spese liquidate. In tal caso il termine di presentazione della richiesta di rimborso è prorogato, rispetto al termine ordinario, a 90 giorni dalla data della rifusione ottenuta da terzi.*

Firma del Titolare \_\_\_\_\_

In caso di **RICOVERO** compilare il seguente riquadro:

Periodo degenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  Con Intervento  Senza Intervento  Diaria Sostitutiva

Fatture riferite a  Pre-ricovero  Ricovero  Post-ricovero

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

N° documenti allegati in copia alla presente domande (fatture , cartelle cliniche, certificati di degenza, etc.): \_\_\_\_\_

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 – Reg. UE n. 2016/679 (GDPR)**

Io sottoscritto, tenuto conto dell'Informativa già resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati per le finalità di cui alla l. a) dell'Informativa (adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate), nonché alla visibilità e alla comunicazione da parte del Fondo dei medesimi dati all'iscritto che mi ha reso beneficiario, consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni,

- confermo il consenso dato al momento dell'iscrizione al Fondo  
 non confermo il consenso al momento dell'iscrizione al Fondo

(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

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)