

Persona per cui si richiede il rimborso:

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ prov _____

residente in via _____ CAP _____

Città _____ prov _____ Cod.Fiscale _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Telefono fisso _____ cellulare _____

Documentazione allegata

P1) 1.Visite specialistiche – 2.Esami di alta diagnostica – 3.Trattamenti fisioterapici

Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta Fatture e/o ricevute fiscali (originali)

P2) Diaria giornaliera sostitutiva

Copia della cartella clinica completa

P3) Ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto, day-hospital o intervento chirurgico ambulatoriale

Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche

Fatture e/o ricevute fiscali (originali)

P3) Prestazioni pre e post ricovero

Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta Fatture e/o ricevute fiscali (originali)

P4) Protesi ortopediche e acustiche

Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta Fatture e/o ricevute fiscali (originali)

Si allegano le seguenti fatture

Numero	Data	Ente	importo

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI* O NO O Nome Compagnia : _____

* Se sì, allegare copia della polizza

Ai fini del rimborso diretto, notifico le mie coordinate bancarie

IBAN _____ INTESTATARIO C/C: _____

Data _____ Firma del Titolare _____