



RICHIESTA DI RIMBORSO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

DATI ASSICURATO					
COGNOME(I):		NOME(I):		CODICE FISCALE:	DATA DI NASCITA:
N° DI POLIZZA:	COMPAGNIA ASSICURATIVA:	INDIRIZZO:	E-MAIL:	RECAPITO TELEFONICO:	
DATI PAZIENTE					
COGNOME(I):		NOME(I):		CODICE FISCALE:	DATA DI NASCITA:
RELAZIONE: <input type="checkbox"/> CONIUGE <input type="checkbox"/> FIGLIO <input type="checkbox"/> ALTRO		SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		RECAPITO TELEFONICO/ E-MAIL:	
DATI ODONTOIATRA					
COGNOME(I):		NOME(I):		CODICE FISCALE:	RECAPITO TELEFONICO:
NOME DELLO STUDIO:		INDIRIZZO:		E-MAIL:	
DETTAGLI DEL RIMBORSO:					
TIPO DI TRATTAMENTO: <input type="checkbox"/> EMERGENZA <input type="checkbox"/> PREVENZIONE <input type="checkbox"/> MEDICAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO		DATA PRIMA VISITA:		<u>DATI BANCARI</u>	
DESCRIZIONE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE		DATA TRATTAMENTO	COSTO PRESTAZIONE	Autorizzo Sigma Dental a depositare gli importi autorizzati per il rimborso delle prestazioni odontoiatriche mediante trasferimento elettronico e/o deposito bancario sul conto i cui dettagli sono i seguenti:	
				NOME BANCA:	
				TITOLARE DEL CONTO:	
				CODICE FISCALE:	
				CODICE IBAN:	
				CODICE BIC/ SWIFT CODE:	
TOTALE				Il pagamento si realizzerà in euro ,al tasso del giorno, a nome del titolare della polizza/ assicurato.	
Documenti allegati					
<input type="checkbox"/> RAPPORTO MEDICO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> FATTURA ORIGINALE <input type="checkbox"/> PRESCRIZIONE MEDICA <input type="checkbox"/> ALTRO				SPECIFICARE:	
FIRME					
FIRMA TITOLARE E PAZIENTE: Accetto e riconosco in qualità di assicurato titolare, e per conto dei beneficiari ,di aver ricevuto i trattamenti odontoiatrici elencati in questo documento; Dichiaro allo stesso tempo che le informazioni fornite in questo documento sono veritieri.			FIRMA COMPAGNIA ASSICURATIVA:		
			FIRMA		DATA
			FIRMA SIGMA DENTAL:		
FIRMA TITOLARE			FIRMA PAZIENTE	DATA	
			FIRMA		DATA