

**DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE**

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:  
**BiMutua – ETS: Viale Parioli, 55 – 00197 Roma Tel 06-87153897 –Website: www.bimutua.it**  
**E-mail: ufficio.rimborsi@bimutua.it**  
 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 (ASSISTITO)**

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

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

Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Indicare l'OPZIONE \_\_\_\_\_

*\* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso la ricezione di sms.  
 (\*Comunicando il numero di cellulare, autorizzi Previmedical ad inviarti sms di promemoria e scadenza delle tue pratiche)*

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO (SE DIVERSA DALL'ASSISTITO)**

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 Extraospedaliere non collegate al ricovero.....

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 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

SOLO IN CASO DI INCIDENTE STRADALE ALLEGARE ANCHE VERBALE DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

N° altri documenti allegati **IN FOTOCOPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): \_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso**

Intestatario conto corrente: \_\_\_\_\_

IBAN:

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma del titolare della copertura: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assistito: \_\_\_\_\_

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

**INFORMATIVA CON CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINALITÀ ASSISTENZIALI E LIQUIDATIVE**

**AI SENSI ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016**

A seguito della presente richiesta di rimborso, BiMutua Società di Mutuo Soccorso - ETS (di seguito BIMUTUA) tratterà dati particolari che La riguardano, e specificamente dati sul Suo stato di salute, quali, ad esempio, certificati di malattia ed infortunio, esiti di visite mediche, trattamenti sanitari.

Il conferimento dei dati sul Suo stato di salute è finalizzato alla verifica, da parte di BIMUTUA, della completezza e validità della richiesta di rimborso, e all'erogazione, da parte di BIMUTUA, dei servizi assistenziali. **L'eventuale rifiuto del consenso impedirà il rimborso delle spese sostenute.**

I dati sul Suo stato di salute saranno gestiti soltanto da Incaricati, specificamente formati alla protezione dei dati, dedicati all'evasione delle pratiche di rimborso e dei documenti ad esse acclusi e saranno custoditi in archivi cartacei e informatici, presidiati con adeguate misure di sicurezza.

Per la copertura dei rischi, BIMUTUA si avvale della Compagnia di assicurazione erogante la polizza assicurativa da Lei (e dal suo eventuale nucleo familiare) stipulata; pertanto, i dati sul Suo stato di salute saranno comunicati alla predetta Compagnia e, qualora essa si avvalga di altra Società per la gestione dei sinistri, a tale Società. Inoltre, ove strettamente necessario per comunicazioni di servizio, nel caso in cui Lei non sia direttamente reperibile, i Suoi dati sanitari potrebbero essere comunicati al Suo familiare (ove anch'esso beneficiario della copertura assicurativa), previo espresso consenso (\*).

I predetti dati non saranno comunicati ad altri soggetti e in nessun caso saranno diffusi.

Ai sensi del Capo III del Regolamento UE 679/2016, Lei ha diritto, in qualunque momento, di chiedere al Titolare del trattamento:

- l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che Vi riguarda o di opporsi al trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- proporre reclamo all'Autorità Garante della Privacy.

Potrà ottenere ciò inviando:

- una e-mail al seguente indirizzo: [privacy@bimutua.it](mailto:privacy@bimutua.it), o un fax al numero 02-66715517, allegando copia di un documento identificativo.

Il Titolare del trattamento è BiMutua - ETS, Viale Parioli ,55 00197 Roma, rappresentata protempore nella persona del legale rappresentante, il presidente Dottor Gianluca Graziani. Il Titolare può essere contattato:

BiMutua Società di Mutuo Soccorso - ETS – Gestione Privacy – Dottor Gianluca Graziani.

Indirizzo email [privacy@bimutua.it](mailto:privacy@bimutua.it),

**Richiesta di consenso al trattamento dei suoi dati particolari (dati sanitari) per la finalità del rimborso delle spese sostenute. In mancanza del consenso non si potrà effettuare il rimborso delle spese.**

**acconsento**     **non acconsento**    Firma del Titolare della copertura assicurativa

\_\_\_\_\_

**acconsento**     **non acconsento**    Firma del familiare assistito per cui si richiede il rimborso (se maggiorenne)

\_\_\_\_\_

(\*) In caso di copertura assicurativa avente come beneficiario anche un membro del nucleo familiare: qualora non sia direttamente reperibile, i miei dati sanitari potranno essere comunicati ad uno dei membri del nucleo familiare sopra indicato:

**acconsento**     **non acconsento**    Firma del Titolare della copertura assicurativa

\_\_\_\_\_