

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**

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
