



In presenza di altre analoghe coperture, per la spesa sostenuta, per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione alla Società.

**Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analogha richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.**

**INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA** (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO EVENTO 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 documentazione afferente **RICOVERO** (Intervento Ambulatoriale, Day Hospital, Parto, ecc.), compilare il seguente riquadro:

**Periodo degenza:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  **Con Intervento**  **Senza Intervento**  **A Carico del SSN**

**Fatture afferenti il:**  Pre-ricovero  Ricovero  Post-ricovero

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

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

**N.B.:** In caso di **INFORTUNIO** è sempre necessario allegare il certificato di Pronto Soccorso

**IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE CAGIONATO DA TERZI PARTI COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:**

Nome/Cognome Terzo Danneggiante: \_\_\_\_\_

Nome della Compagnia del Terzo Danneggiante: \_\_\_\_\_

Numero di Polizza: \_\_\_\_\_ Data Evento: \_\_\_\_\_

Allegare la seguente documentazione:

certificato di pronto soccorso

verbale dell'autorità giudiziaria

**COORDINATE BANCARIE DELL'ADERENTE**, da indicarsi solo in caso di variazione di quanto comunicato in sede di adesione alla Cassa - Codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente)

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 – Regolamento UE 2016/679**

Il sottoscritto, in relazione all'informativa già ricevuta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, conferma il consenso al trattamento dei propri dati sensibili, acquisiti o che saranno acquisiti nell'ambito degli scopi statutari della Cassa, ed alla comunicazione dei dati stessi ai soggetti indicati nell'informativa.

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)*