DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo: **ULISSE – Società di Mutuo Soccorso**
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

☐ Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO	☐ Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso ☐ M ☐ F Codice Fiscale _____

Tel _____Cell (*)_____E-mail _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LE TUE PRATICHE", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l'invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

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 ..... ☐
- Indennità da quarantena se prevista dal Piani Sanitario ..... ☐

N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche se previste dal Suo Piano Sanitario, utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE"

Si allegano IN **COPIA** le seguenti fatture

NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative (verificare in particolare la presenza del bollo sulle fatture)

	N° FATTURA/RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/RICEVUTA	IMPORTO
1				,
2				,
3				,
4				,
5				,
6				,
7				,
			TOTALE RICHIESTO	,

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Cassa RBM Salute avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Ulisse – società di mutuo soccorso
Sede legale ed operativa: Via Lusitania, 4 - 00183 Roma
Telefono: 06 42884456 **Fax:** 06 92912008
Email: info@mutuaulisse.it - **PEC:** ulissesms@legalmail.it
C.F.: 13150821000 - **N. REA** 1427195

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 fondi o assicuratori e relativo n° di polizza

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE 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

☐ (in caso di incidente stradale) verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati IN FOTOCOPIA (cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, prescrizione medica contenente quesito diagnostico o patologia, altro) che sono acquisiti dalla Cassa e/o dalla Compagnia e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA - Third Party Administrator e strutture aderenti al network convenzionato): _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)
Intestatario conto corrente: _____

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Data compilazione: _____ Firma del Titolare della copertura _____

Firma del familiare _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

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 dell'interessato _____

Firma del familiare _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Ulisse – società di mutuo soccorso
Sede legale ed operativa: Via Lusitania, 4 - 00183 Roma
Telefono: 06 42884456 **Fax:** 06 92912008
Email: info@mutuaulisse.it - **PEC:** ulissesms@legalmail.it
C.F.: 13150821000 - **N. REA** 1427195