

Mutua

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 EVENTO 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 al RICOVERO (Intervento Ambulatoriale, Day Hospital, Parto, ecc.), compilare il 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 Terzo Danneggiante _____

Numero di Polizza: _____ Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

certificato di pronto soccorso

COORDINATE BANCARIE DEL TITOLARE DEL PIANO SANTARIO - Codice IBAN (27 caratteri)

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 art. 13 Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR)

Io sottoscritto/a _____ dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR) confermo il consenso al trattamento dei propri dati sensibili ai fini _____ sito o _____ bito degli scopi statutari da Mutua Ulisse S.p.A.

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)