MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE MEDICHE

DA INOLTRARE, a scelta, unitamente alla documentazione medica richiesta:

- Attraverso apposita Sezione dedicata nell'Area Riservata sul sito www.fondoassistenzaebenessere.it;
- Attraverso e-mail all'indirizzo centralesalute@fondoassistenzaebenessere.it;
- Attraverso copia cartacea da spedire al seguente indirizzo **FAB c/o Centrale Salute** via Cosimo del Fante 16 – 20025 Legnano (MI)

A. *Dati identificativi (**compilazione obbligatoria**)*

Socio (titolare della copertura)_____Data Nascita_____

Numero Tessera _____Cod. Fiscale _____ Tel. _____

Assistito (chi usufruisce delle prestazioni) _____ Data Nascita_____

Codice Fiscale dell'Assistito _____ Tel. _____

Ente di Appartenenza: *Fondo Assistenza e Benessere* _____ Altro _____

B. *Dati relativi alle Spese Mediche di cui si richiede il Rimborso*

Patologia/Diagnosi (**come da certificato medico allegato**) _____

In caso di Ricovero, barrare la casella ☐ e indicare la degenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Il Socio/Assistito (barrare la voce non corrispondente), avendo preso visione delle norme che regolamentano il Disciplinare sottoscritto dal Socio, con il presente documento fa richiesta di rimborso delle seguenti fatture/notule (si prega di precisare se si tratta di ticket sanitari indicando la parola 'TK' o fatture indicando la parola 'FT' accanto al numero FT/TK):

NUMERO FT/TK	DATA	IMPORTO

NUMERO FT/TK	DATA	IMPORTO

C. *Dati bancari per il Rimborso*

IBAN (barrare il soggetto corrispondente) del Socio ☐ dell'Assistito ☐ Banca _____

I	T	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
		Paese	Cin Euro	Cin	Abi				Cab											N° Conto					

Intestazione conto corrente: _____

D. *Dati dell'Assistito/ Socio (**compilazione obbligatoria**)*

Indirizzo _____ n° ___ CAP _____ Città _____

Provincia _____ E-mail (**per eventuali comunicazioni sul rimborso**) _____

E. *Informazioni Importanti*

1. Compilare un modulo per ogni persona e per ogni evento;
2. per fatture/notule non relative a ricovero allegare sempre copia certificato medico con la patologia presunta o diagnosticata; copia delle fatture o notule e copia dei relativi referti;
3. per richiedere il rimborso di spese sostenute durante il periodo pre o post ricovero indicare nell'apposito campo il relativo periodo di ricovero e, in caso di ricovero in struttura convenzionata, è necessario allegare copia del relativo "Modulo di richiesta Pagamento Diretto";
4. per richiedere il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di medicinali durante il periodo post ricovero inviare la prescrizione medica indicante la patologia e lo scontrino parlante emesso dalla farmacia;
5. é obbligatorio indicare il codice fiscale del titolare del conto corrente che richiede il rimborso e le coordinate bancarie in formato IBAN.

Luogo e data _____ Firma del Socio/Assistito _____

F. *Consenso al Trattamento dei Dati Sensibili*

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e dei rimborsi previsti dal Disciplinare a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo di *FAB* e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data _____ Firma del Socio/Assistito _____