



Via Enrico Tazzoli 6  
00195 Roma  
www.sanimpresa.it  
Tel.: 06 37511714 – Fax: 06 37500617

## MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE INTEGRATIVE AL FONDO EST

Da inviare, con la documentazione, a:  
**SANIMPRESA – UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO 40131 Bologna (BO)**

### Assicurato

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Documentazione richiesta (allegare al presente modulo e contrassegnare la casella):**

	Cartella clinica completa	Fatture e ricevute fiscali	Prescrizioni mediche con patologia
Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico, richiesta indennità sostitutiva	<input type="checkbox"/>		
Parto cesareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure oncologiche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Possesso di altre polizze malattia / infortuni: NO  SI  Compagnia \_\_\_\_\_

**Si allegano le seguenti fatture: (SI ACCETTANO SOLO IN FOTOCOPIA)**

Numero fattura	Data	Importo	Numero fattura	Data	Importo
1			4		
2			5		
3			6		

Ai fini del rimborso diretto richiede { assegno bancario o circolare SI   
accredito su C/C con le seguenti coordinate bancarie SI

Paese	Controllo	CIN	ABI	CAB	N° Conto Corrente
I	T				

### PRIVACY - Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. (Obbligatorio ai fini del rimborso)

Preso attenta visione dell'informativa esposta in sede e sul sito internet, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016, ACCONSENTO:

- al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano, funzionali all'esercizio dell'attività assistenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle Compagnie di assicurazione le quali potranno trasferirli a soggetti esterni per le finalità inerenti l'assistenza complementare e le attività obbligatorie per legge.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'assicurato per rilascio del consenso al trattamento dei dati \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'assicurato (in stampatello): \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_