



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

## MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE INTEGRATIVE FAST

Da inviare, con la documentazione, a: SANIMPRESA – via Enrico Tazzoli 6 - 00195 Roma

### 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 CON ESPLICITA INDICAZIONE "IN COPIA"\*)

\*Ove non vi sia la suddetta dicitura il documento si considera in copia e pertanto non verrà restituito né conservato

| 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 \_\_\_\_\_