



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

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

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	Referto pronto soccorso
Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico, richiesta indennità sostitutiva	<input type="checkbox"/>			
Prestazioni di alta specializzazione		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ticket per visite specialistiche e diagnostica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ecografie e analisi clinico chimiche in gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio		<input type="checkbox"/>	<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 _____