

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell(*) _____ E-mail _____

* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio RBM "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare si autorizza l'invio di un sms di cambio stato delle tue pratiche.

DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE AD EDILCASSA VENETO



INDICARE SE IL TITOLARE DELLA COPERTURA E' ISCRITTO AD EDILCASSA VENETO*

SI NO

In caso di risposta affermativa, il titolare dichiara di voler ricevere il contributo integrativo previsto da Edilcassa, laddove spettante, autorizzando la comunicazione dei dati contenuti nella presente domanda di rimborso a Edilcassa Veneto.

*(campo obbligatorio)

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni successive al 30/04/2018 assicurate per le quali si chiede il rimborso (piattaforma RBM Previmedical):

- VISITE SPECIALISTICHE
- ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA
- PRESTAZIONI PER LTC

Prestazioni successive al 30/04/2018 autoqestite Sani.In.Veneto per le quali si chiede il rimborso (piattaforma AON)

- CHIRURGIA
- FISIOTERAPIA.....
- PROTESI.....
- LENTI.....
- ODONTOIATRIA

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture in regola con la normativa fiscale (NB. Per tutte le prestazioni eseguite fino alla data del 30/04/2018, la documentazione va caricata unicamente nella piattaforma RBM-Previmedical):

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO																
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				

Totale:

