

MODULO PER LA RICHIESTA DEI SUSSIDI E DEI RIMBORSI

(compilare un modulo distinto per ogni familiare, per i minorenni è necessaria la firma del genitore)

Consegnare agli sportelli di Insieme Salute presso la sede legale o inviare per posta, fax o e-mail ai riferimenti sopra indicati

* campi obbligatori

N° Tessera Insieme Salute_

Cognome*_

Nome*_

Nato il*_

Tel._

Cell _

e-mail _

COORDINATE BANCARIE IBAN C/C su cui accreditare il rimborso:

(COMPILARE IN CASO DI PRIMA RICHIESTA DI ACCREDITO O DI VARIAZIONE DEI DATI IBAN)

Intestatario conto corrente bancario Sig./Sig.ra_

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI				CAB				N. C/C			

Il sottoscritto richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, come da unita documentazione.

- Allegare la documentazione richiesta dal regolamento del proprio piano di assistenza

N. doc.	del	prestazione	Emesso da

Importo									

N. documenti allegati (comprese prescrizioni e altri documenti)

Note (indicare eventuali cambi di residenza e/o altre comunicazioni)

DATA_

FIRMA_