

## 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:**

