

X



Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo



Previmedical Servizi per la Sanità Integrativa

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona*)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini 24 - 31022 Preganziol (TV)

Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia*

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Gestione Iscritti/Aderenti in Servizio

Gestione Iscritti/Aderenti in Quiescenza

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome GAGLIARDI Nome MAURO FRANCESCO
Nato/a MILANO il 31/1/69 Sesso M F Codice Fiscale 99447669315000
Tel. _____ Cell 3398100631 (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")
E-mail MAURO.GAGLIARDI @ MEDABST.IT
Numero matricola _____ Azienda di appartenenza MEDABST

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome GAGLIARDI Nome SAMUELE
Nato/a MILANO il 6/03/2008 Sesso M F Codice Fiscale 66LSM108206F205U

Riservato agli iscritti in lunga assenza, in esodo o in quiescenza per la restituzione della documentazione

Via _____ n. _____ città _____ (____)

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

Il medico odontoiatra dovrà sottoscrivere la/le prestazione/i eseguite per le quali viene chiesto il rimborso, compilando il prospetto allegato al presente modulo.

Si allegano IN COPIA le seguenti fatture:

	N° Fattura-Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura-Ricevuta	Importo
1	235	STUDIO DENTISTICO - DR. M. POZZI	16/04/19	50,00
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Totale richiesto al netto dell'imposta di bollo (ove presente sul documento di spesa): 50,00

* Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per le verifiche statutariamente previste.