



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 _____
Tel _____ Cell 3398100631 (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")
E-mail MAURO-GAGLIARDI @ MEBASSE.IT
Numero matricola _____ Azienda di appartenenza MEBASSE

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome GAGLIARDI Nome FRANCESCO
Nato/a SEGRATE il 22/07/11 Sesso M F Codice Fiscale GGLFNC11L22I577F

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	<u>234</u>	<u>STUDIO DENTISTICO - DR. M. BOZZI</u>	<u>16/04/19</u>		<u>495</u>	<u>00</u>	
2							
3							
4							
5							
6							
7							

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

495,00

* 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.