

**DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE**

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

 Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:  
**Newmed c/o Previmedical**  
**Casella Postale 66 - 31021 Mogliano Veneto (TV)**  
 Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia.

 Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

 Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

**DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

 Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell\* \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_

\* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms

**DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

 Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:**

- Ric. c/s intervento chirurgico.....
- Day hospital .....
- Parto naturale.....
- Trasporto in istituto di cura .....
- Pre-post ricovero .....
- Domiciliari e Ambulatoriali I .....
- Lenti e occhiali (no montature) .....
- Spese extraospedaliere a .....
- Ticket extraospedaliere .....
- Protesi ortopediche .....
- Indennità sostitutiva .....
- Rimpatrio della salma .....
- Ticket domiciliari.....

**N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche, qualora previste dal proprio piano sanitario, utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE"**





**Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003**

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Cassa di Assistenza o Fondo Sanitario, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., Newmed. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'Interessato \_\_\_\_\_ Firma per Consenso \_\_\_\_\_