

Mod. RF01/08

Domanda di rimborso per spese sanitarie (nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo:

Fondo FASIFIAT, Casella Postale 145

31021 Mogliano Veneto (TV)

unitamente agli originali della documentazione.

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

DATI ANAGRAFICI LAVORATORE			
Cognome _____		Nome _____	
Nato/a il _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Codice Fiscale _____	
N. Iscrizione FASIFIAT _____			
Tel. _____	Cell.* _____	E-mail _____	
* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di sms			

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO			
Cognome _____		Nome _____	
Nato/a il _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Codice Fiscale _____	

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in istituto di cura per interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
- Assistenza extraospedaliera
- Pacchetto maternità

N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE" reperibile sul sito www.fasifiat.it

Si allegano le seguenti fatture:

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Totale richiesto:									

N° altri documenti allegati (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

<p>Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso</p> <p>Intestatario conto corrente: _____</p> <p>IBAN: <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></p>
--

NB - L'indicazione delle COORDINATE BANCARIE è **obbligatoria** in occasione della prima richiesta di rimborso e, successivamente, solo in caso di modifica delle stesse. Ai fini rimborsuali, deve essere indicato obbligatoriamente il **conto corrente intestato al lavoratore iscritto**. Non è ammessa l'indicazione di coordinate bancarie intestate a persone diverse dal lavoratore iscritto, siano esse iscritte o meno al Fondo.

Data compilazione: _____ Firma del lavoratore iscritto: _____
 Firma del familiare: _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Attenzione: Non possono essere rimborsate le spese sanitarie la cui richiesta di rimborso sia stata presentata decorsi più di quattro mesi (120 giorni) dalla data della documentazione di spesa. Al fine di consentire la detrazione in sede di dichiarazione dei redditi annuale delle eventuali quote di spesa rimaste a carico dell'assistito, il Fondo si farà carico di fornire all'assistito attestazione comprovante la documentazione ricevuta e le spese effettivamente rimborsate.