


Richiesta rimborso spese mediche (DIRIGENTI)

Spett.le **Tutela**
Cassa di Assistenza Integrativa ed Complementare
Via Melchiorre Gioia, 124
20125 - Milano (MI)

Dati Anagrafici

Cognome e Nome del Dirigente		Tel.	
Azienda Associata			
Iscritto	<input type="checkbox"/> FASI	<input type="checkbox"/> FASDAC	<input type="checkbox"/> _____
Rapporto di parentela con l'iscritto		Forma	<input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> integrat. Opzione ____

Elenco della documentazione (Originale e una fotocopia)

Garanzia / importo	Diaria da ricovero	Ricovero	Oncologiche Cardiache Alta diagnostica	Visite Specialistiche Analisi di Laboratorio	Protesi anatomiche	Dentarie	Lenti	TOTALE
Spesa sostenuta								
Rimborso Fondo (*)								
Differenza								
Franchigia (**)								
A liquidare (**)								

Note: (*) riservato al Dirigente (**) riservato al Broker

Dati Anagrafici (da indicare solo in caso di variazione)

Via/Piazza		Num.		C.A.P.	
Città				Prov.	
Banca		Filiale di			
ABI		CAB		CIN	
		Conto Corr.			

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy (allegato1),

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei dati "sensibili" (di cui al Punto 2 della predetta informativa), idonei a rilevare lo stato di salute. Del pari

ACCONSENTE

alla comunicazione e all'eventuale trasferimento all'estero dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

.....
Cognome, Nome e firma del richiedente

.....
Cognome, Nome e firma del richiedente

.....
Cognome, Nome e firma del richiedente

NB: E' necessaria la firma di ogni componente maggiorenne del nucleo familiare per il quale si richiede il rimborso spese. Per i minori è sufficiente la firma di chi esercita la potestà

Tutela – Cassa di Assistenza Complementare ed Integrativa

Via Melchiorre Gioia, 124 – 20125 Milano – Telefono 02.67812.1 – Telefax 02.67812550 – Mail cassa@tutela.com - C.F. 97192010151



Norme per il conseguimento della prestazione

1. Le prestazioni sono relative a spese mediche conseguenti a malattia o infortunio e sono regolate per limiti, franchigie, e scoperti, dal contratto assicurativo depositato in copia presso l'ufficio competente della Vostra Società.
Ogni pratica di rimborso deve contenere, oltre alla documentazione di spesa, certificazione medica che specifichi: diagnosi, accertamenti, analisi, terapie, ecc.
2. **RICHIESTA DI RIMBORSO DOPO LA LIQUIDAZIONE DELL'ENTE ASSISTENZIALE (FASI, FASDAC, ecc.).**
Inviare duplice copia di tutta la documentazione (compresa la diagnosi) inoltrata all'ente assistenziale più copia del documento attestante quanto liquidato dall'ente stesso
3. **RICHIESTA DI RIMBORSO SENZA UTILIZZO DELL'ENTE ASSISTENZIALE**
Inviare la documentazione originale più una fotocopia
Nella prima colonna della tabella "Elenco documentazione allegata", Indicare il motivo per cui la spesa non è stata rimborsata dall'Ente Assistenziale (FASI, FASDAC, ecc.).
4. Termine di prescrizione: l'Art. 2952 del C.C. stabilisce che il diritto derivante dal contratto di assicurazione si prescrive in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
5. In caso di necessità, per la liquidazione, potranno essere richiesti eventuali chiarimenti o documentazione aggiuntiva

Documentazione necessaria nei casi più comuni

1. Ogni pratica di rimborso deve contenere:

- documentazione di spesa fiscalmente valida;
- certificato medico che specifichi: diagnosi, accertamenti, analisi, terapie, ecc.;
- originale del dettaglio della liquidazione fatta da FASI, FASDAC, o altro Ente.

2. Ricovero ospedaliero

- Tutta la documentazione di spesa sostenuta durante il ricovero con o senza intervento chirurgico e nei periodi precedenti e successivi l'intervento, come previsto dalla polizza.
- Copia della cartella clinica.

3. Visite mediche specialistiche/Esami ed accertamenti diagnostici/Cure fisioterapiche

- Diagnosi e prescrizioni mediche secondo i casi.
- Documentazione di spesa fiscalmente valida.

4. Spese farmaceutiche

- Prescrizione medica con diagnosi e denominazione di ogni medicinale, talloncini degli stessi, scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia.
- Per i prodotti omeopatici è necessario inoltre che venga indicato il costo di ogni singolo prodotto, unitamente ad una dichiarazione della farmacia che trattasi di prodotti omeopatici.

5. Tickets

- Fotocopia della prescrizione medica con diagnosi corredata di:
 - a. scontrino fiscale della farmacia, per i medicinali;
 - b. documentazione di spesa fiscalmente valida, per le altre prestazioni (analisi, visite specialistiche, ecc.).

6. Cure dentarie

- Documentazione di spesa fiscalmente valida con descrizione dettagliata dei lavori effettuati.
- Se le prestazioni riguardano anche cure ortodontiche è necessaria la suddivisione dei costi sul documento di spesa.

7. Occhiali o lenti a contatto

- Prescrizione con indicazione del visus dell'oculista.
- Fattura/ricevuta fiscale.