


**Richiesta rimborso spese mediche**

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

**Dati Anagrafici**

Cognome e Nome del Dipendente				
Azienda Associata				
Categoria:	<input type="checkbox"/> Quadro	<input type="checkbox"/> Impiegato	<input type="checkbox"/> Operaio	<input type="checkbox"/> Altro

**Elenco della documentazione (Originale e una fotocopia)**

Tipo di documento	Descrizione della spesa	Data documento	Importo
<b>TOTALE</b>			

**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



### Norme per il conseguimento della prestazione

1. Le prestazioni sono relative a spese mediche conseguenti a **malattia** o **infortunio** e sono regolate per prestazioni, limiti, franchigie, e scoperti dalla Convenzione sottoscritta presso Tutela. Per informazioni, rivolgersi al competente Ufficio del Personale della Vostra Società.
2. Ogni pratica di rimborso deve contenere, oltre alla documentazione di spesa, certificazione medica che specifichi: diagnosi, accertamenti, analisi, terapie, ecc.
3. **RICHIESTA DI RIMBORSO:** Inviare la documentazione originale più una fotocopia
4. **Termine di prescrizione:** il diritto si prescrive in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 del C.C.).
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.
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.
  - 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. **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.
6. **Occhiali o lenti a contatto**
  - Prescrizione dell'oculista con indicazione della variazione del visus.
  - Fattura/ricevuta fiscale.