INSIEME SALUTE - Società di Mutuo Soccorso
Viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano
tel. 02.37052067 - fax 02.37052072 - mail: rimborsi@insiemesalute.org - www.insiemesalute.org

MODULO PER LA RICHIESTA DEI SUSSIDI E DEI RIMBORSI

(compilare un modulo distinto per ogni familiare, per i minorenni è necessaria la firma del genitore)

Il presente modulo non è obbligatorio ai fini della richiesta di rimborso

Consegnare agli sportelli di Insieme Salute presso la sede legale o inviare per posta, fax, e-mail, servizi Insieme Salute Online (area riservata e APP)ai riferimenti sopra indicate.

* campi obbligatori

N° Tessera Insieme Salute_

Cognome*_ Nome*_ Nato il* _

Tel._ Cell _ e-mail _

COORDINATE BANCARIE IBAN C/C su cui accreditare il rimborso:

(COMPILARE IN CASO DI PRIMA RICHIESTA DI ACCREDITO O DI VARIAZIONE DEI DATI IBAN)

Intestatario conto corrente bancario Sig./Sig.ra_____

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI					CAB					N. C/C											

Il sottoscritto richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, come da unita documentazione.

- *Allegare la documentazione richiesta dal regolamento del proprio piano di assistenza*

N. doc.	del	prestazione	Emesso da	Importo

N. documenti allegati (comprese prescrizioni e altri documenti)

Note (indicare eventuali cambi di residenza e/o altre comunicazioni)

_____

_____

_____

DATA _ FIRMA _