



**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:  
**Metlife Europe d.a.c., Ufficio Gestione Sinistri c/o Previmedical S.p.A.**  
**Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (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

*(\*Comunicando il numero di cellulare, autorizzi MetLife Europe d.a.c. /Previmedical ad inviarti sms di promemoria e scadenza delle tue pratiche)*

**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:**

- Ricovero in istituto di cura .....
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post).....
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione.....
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero.....
- Lenti e occhiali .....
- Cure odontoiatriche.....

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture:

\*In Presenza di copertura integrativa presentare dettaglio di liquidazione del fondo unitamente a  **copie** fatture.

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

**Totale richiesto:**

