

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-Alico Italia, Ufficio Gestione Sinistri c/o Previmedical S.p.A.
Via Gioberti, 33 - 31021 Mogliano Veneto (TV)
 Unitamente alla documentazione medica e di spesa in **originale**.

 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 ALICO/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 ORIGINALE** 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:	
--------------------------	--

