

MODULO RICHIESTA RIMBORSI

- 1** **Compilare un solo modulo per persona e per tipo di prestazione**
- 2** **Allegare la relativa documentazione (fatture, prescrizione, modulo odontoiatrico ecc.)**
- 3** **Per l'invio, due possibilità alternative:**
 - scannerizzare insieme modulo e documentazione e inviare il file pdf a rimborsi.assida@telecomitalia.it
 - faxare un solo modulo alla volta, insieme alla relativa documentazione, al n° 06/91866747

ASSOCIATO

Codice ASSIDA	Cognome e nome	Data di nascita

PERSONA DEL NUCLEO FAMILIARE CHE HA FRUITO DELLA PRESTAZIONE

Codice ASSIDA	Cognome e nome	Data di nascita

TIPO DI PRESTAZIONE (SELEZIONARNE UNO SOLO)

	Tipo prestazione	Importo	N. Allegati
<input type="checkbox"/>	Ricovero/intervento		
<input type="checkbox"/>	Visite ed esami		
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia		
<input type="checkbox"/>	Logopedia		
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia		
<input type="checkbox"/>	Ticket		
<input type="checkbox"/>	Odontoiatria		
<input type="checkbox"/>	Occhiali		
<input type="checkbox"/>	Lenti a contatto		
<input type="checkbox"/>	Protesi acustiche		
<input type="checkbox"/>	Assist. Inf./lungod.		
<input type="checkbox"/>	Altro		

Il sottoscritto associato conferma, sotto la propria responsabilità, che le informazioni fornite in allegato alla presente richiesta sono veritiere, che per i familiari per i quali richiede la prestazione sussistono i requisiti previsti dall'art.13 dello Statuto e che i medesimi familiari maggiorenni sono stati da lui debitamente informati circa il trattamento dei dati personali che sarà svolto da ASSIDA per poter dare seguito alla erogazione dei benefici assistenziali (come da Informativa Privacy, disponibile sul sito www.assida.it).

Data

Firma dell'associato titolare