Cooperazione Salute
società di mutuo soccorso

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Per richiedere un rimborso l'Iscritto deve far pervenire la documentazione a **liquidazioni@cooperazionesalute.it** entro 60 giorni dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura e/o notula).
Mentre le spese di dicembre devono pervenire entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo.

Cognome....., Nome .....,

Data di nascita ....., Indirizzo ....., Cap .....,

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | E-mail....., Cell .....,

Cooperativa di appartenenza del dipendente:

....., Provincia ..... Regione .....,

IBAN | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Intestato a .....,

(Obbligatorio indicare sempre anche il titolare del conto corrente indicato)

Il Sottoscritto,

- con la presente richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, secondo quanto previsto dalla propria copertura sanitaria;
- allega copie delle documentazioni di spesa (fatture e/o notule di spesa valide ai fini fiscali) e copie delle prescrizioni mediche (impegnativa del medico di medicina generale o altro specialista), della cui autenticità si assume la piena responsabilità.

Numero di documenti allegati al presente modulo.....
(Fatture/notule di spesa e prescrizioni mediche)

- come risulta dalla documentazione allegata, dichiara di essere il soggetto a cui si riferiscono le prestazioni sanitarie delle quali richiede il rimborso;
- se dispone di altre forme di copertura sanitaria privata, il sottoscritto si impegna a comunicare a Cooperazione Salute l'importo di eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento sanitario per cui presenta richiesta di rimborso.

1. Si raccomanda di inviare una stessa richiesta di rimborso soltanto una volta, scegliendo una delle seguenti modalità:

Mail: liquidazioni@cooperazionesalute.it

Posta ordinaria: Cooperazione Salute SMS, Via Segantini 23 – 38122 Trento. *(Modalità sconsigliata).*

Utilizzando questa modalità, il rimborso sarà effettuato solamente a fine annualità di esercizio.

2. Saranno respinte le richieste inviate a Cooperazione Salute oltre 60 giorni dopo la data di emissione della fattura/notadi spesa e le richieste non accompagnate da copie delle documentazioni di spesa e copie delle prescrizioni mediche.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa a disposizione nella sezione dedicata al piano sanitario a cui è iscritto resa ai sensi della nor- mativa di riferimento (Art. 13 Regolamento UE 2016/679) e di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili, nelle modalità e nei limiti dichiarati nell'informativa stessa.

Luogo e Data

....., lì .....

Firma iscritto

.....