



INSIEME SALUTE - Società di Mutuo Soccorso Ente del Terzo Settore

Viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano

tel. 02.37052067 - fax 02.37052072 - mail: [rimborsti@insiemesalute.org](mailto:rimborsti@insiemesalute.org) - [www.insiemesalute.org](http://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)

Consegnare agli sportelli di Insieme Salute presso la sede legale o inviare per posta, fax o e-mail ai riferimenti sopra indicati

\* 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\_