

Modulo di richiesta di **rimborso spese sanitarie**

Spedire la documentazione allegata in copia, tramite Raccomandata A/R, a:
 Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita
 c/o SDS (System Data Software s.r.l.) - Via Fiume Bianco 56 - 00144 Roma (RM)

COMPILARE UN MODULO PER OGNI PERSONA

ASSISTITO PRINCIPALE

DA COMPILARE SEMPRE

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

CODICE DI ADESIONE AL FONDO RECAPITO TELEFONICO

COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE DELL'ASSISTITO PRINCIPALE

COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA DI RIMBORSO SI RIFERISCE A UN COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE PER IL QUALE SI SIA RICHIESTA L'ESTENSIONE

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

CONIUGE

FIGLIO/A

ELENCO SPESE

Copia della documentazione relativa alle spese sostenute in ciascun trimestre solare deve essere inviata nel corso del trimestre solare successivo a quello di emissione del documento di spesa.

In caso di richiesta di diaria è sufficiente indicare il nome della struttura. Laddove previsto dalla legge, sulle fatture per le quali si richiede il rimborso, dovrà essere apposta la relativa marca da bollo meglio specificata nelle istruzioni di seguito riportate. Diversamente, qualora la marca da bollo non sia presente, non si procederà al rimborso della stessa.

Si riporta di seguito l'elenco delle fatture allegate alla presente.

	N° Fattura/Ricevuta	Nominativo di chi ha emesso il documento di spesa (e.g., medico o struttura sanitaria)	Data fattura	Importo (IVA compresa)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Modulo di richiesta di rimborso spese sanitarie (segue)

Le spese sanitarie, inviate oltre il trimestre solare successivo rispetto a quello di emissione del documento di spesa, non saranno rimborsate.

Attenzione: ai fini del corretto rimborso del sinistro, il bonifico sarà effettuato solo sulle coordinate bancarie dell'Aderente indicate in fase di adesione. In caso di modifica delle coordinate bancarie, si prega di provvedere all'aggiornamento delle stesse con l'indicazione del nuovo IBAN sul sito www.postevitafondosalute.it o tramite il proprio datore di lavoro.

Si dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

- il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il "Fondo") è a gestione convenzionata e che le prestazioni previste dal relativo piano sanitario saranno erogate direttamente da parte della compagnia Posta Assicura S.p.A. (di seguito, "Poste Assicura"), autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa;
- ai fini di una corretta valutazione del sinistro e/o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo e/o Poste Assicura avranno sempre (anche disgiuntamente) la facoltà di richiedere l'esibizione e/o la produzione della documentazione in originale.

DOCUMENTI ALLEGATI

FATTURE N.

ALTRO* N. * Per esempio: Cartelle cliniche, Certificati di Dimissione, Prescrizioni/Certificazioni mediche

.....
DATA

✓
FIRMA DELL'ASSISTITO PRINCIPALE

Preso atto dell'informativa ex art. 13 D.lgs 196/2003, con la presente firma manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e di tutti gli autonomi Titolari autonomi del trattamento, con le modalità e nei limiti di cui alla suddetta informativa.

.....
DATA

✓
FIRMA DELL'ASSISTITO

.....
DATA

✓
FIRMA ASSISTITO E/O COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

ISTRUZIONI PER GLI ASSISTITI

A. Modalità di Pagamento delle Prestazioni

Si precisa che il pagamento delle prestazioni avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario. Si precisa altresì che, a tal fine, secondo le recenti disposizioni bancarie, è obbligatoria l'indicazione del codice IBAN dell'assistito principale fornito sulla scheda anagrafica consegnata all'azienda. Si precisa che il rimborso delle prestazioni avverrà direttamente sul c/c indicato dall'assistito principale anche per richieste di rimborso di prestazioni del nucleo familiare.

Pertanto, si invitano gli aderenti a verificare la validità dei dati in possesso del Fondo, tramite il sito Internet www.postevitafondosalute.it, accedendo alla home page personale, tramite la password individuale e il codice personale a suo tempo comunicati, richiedendo alla propria Azienda di trasmettere al Fondo la eventuale rettifica dei dati.

B. Indicazioni per la compilazione del modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie

1. Trascrivere nella prima parte del presente modulo di "Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie" il Codice di Adesione al Fondo, con i propri estremi anagrafici ed il recapito telefonico;
2. utilizzare un modulo diverso per ciascuno dei familiari assistiti;
3. compilare, in stampatello, la parte relativa agli estremi della documentazione di spesa inviata, indicando il numero della fattura, il nominativo di chi ha emesso il documento (ad es., medico o struttura sanitaria), la data della fattura e l'importo comprensivo di I.V.A.;

Modulo di richiesta di rimborso spese sanitarie

PAG 3 DI 3

ISTRUZIONI PER GLI ASSISTITI

4. indicare il numero delle fatture inviate e la tipologia di documentazione supplementare allegata (ad es., cartelle cliniche, prescrizioni, etc.);
5. riportare nella apposita casella il totale degli importi richiesti;
6. apporre la data e la propria firma negli spazi predisposti.

C. Documentazione in copia

Al modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie dovrà essere allegata tutta la documentazione di spesa necessariamente in copia attestante inequivocabilmente l'avvenuto pagamento della/e prestazione/i oggetto di rimborso ai sensi del Piano Sanitario prescelto. Il dettaglio della documentazione da allegare per ciascuna prestazione è indicato nel Piano Sanitario prescelto.

D. Prestazioni non rimborsabili

La liquidazione dei rimborsi regolarmente richiesti avverrà esclusivamente sulla base del Piano Sanitario prescelto nei limiti del massimale previsto per ogni assistito e della tipologia di prestazione. Si prega, pertanto, di non richiedere rimborsi per prestazioni non previste dal Piano Sanitario prescelto, onde evitare intralci alla regolare liquidazione delle pratiche.

E. Modalità e termini di inoltro del modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie

Il modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie dovrà essere inviato al Fondo con raccomandata A/R nel corso del trimestre solare successivo al trimestre solare di emissione del documento di spesa. Nel caso vi fossero più documenti di spesa relativi ad una stessa copertura, la richiesta di rimborso dovrà essere effettuata non oltre il trimestre solare successivo alla data indicata nel documento di spesa più recente.

Il presente modulo non potrà essere utilizzato per richiedere l'erogazione della prestazione Long Term Care, per la quale il Fondo ha predisposto un differente modulo ad hoc. La richiesta di rimborso può avvenire anche in modalità digitale mediante inserimento (i.e., upload) della relativa documentazione sul portale web del Fondo, all'interno dell'area riservata.

F. Reiezioni richieste di rimborso inoltrate nei termini non corretti

Le richieste di rimborso inoltrate oltre i termini di decadenza previsti nel punto precedente saranno respinte. Si precisa che la ricevuta della raccomandata A/R inviata dal mittente costituisce unico mezzo di prova accettabile in merito alla data di avvenuta spedizione, nella ipotesi di mancato ricevimento della documentazione da parte del Fondo.

Le richieste di rimborso pervenute al Fondo prima dei termini previsti, verranno archiviate dal Fondo e processate e trasmesse successivamente alla compagnia assicurativa Poste Assicura nel rispetto dei termini di inoltro previsti dal presente modulo.

G. Imposta di bollo su Ricevute mediche (non rimborsabile)

Premesso che:

- per effetto dell'applicazione dell'articolo 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza e/o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad € 77,48 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in € 2,00 mediante applicazione, da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone;
- in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% e il 500% del tributo dovuto;
- sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano e/o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo ovvero li allegano ad altri atti o documenti;

Il Fondo, qualora riceva dai propri Assistiti, ai fini del rimborso, atti e/o documenti privi di marca o bollo a punzone (per i quali la legge ne dispone l'apposizione), ai fini dell'esonerazione da responsabilità amministrativa, è obbligato alla presentazione di tali documenti all'Ufficio del Registro territorialmente competente.

Ai fini dell'accettazione della documentazione per procedere al rimborso delle prestazioni da parte del Fondo, l'assistito deve presentare al Fondo stesso fatture e/o documenti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo, non rimborsabile dal Fondo, ove richiesto dalla normativa pro tempore vigente.