

DA COMPILARE IN STAMPATELLO
 Pratica di rimborso da RIESAMINARE protocollo n.

 Pratica di rimborso nuova

QUADRO IN ATTIVITÀ	
Nome	
Cognome	
Azienda	

QUADRO IN PENSIONE	
Nome	
Cognome	

Data e luogo di nascita Cod. Fiscale

Via CAP Città

Tel. ufficio Tel. abitazione Cell

IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali (International Banking Account Number)															
Cod. Paese	Cod. Contr.	CIN	ABI				CAB				CODICE CONTO CORRENTE				
											SWIFT/BIC (Solo per bonifico estero)				

- È titolare/beneficiario di altre assicurazioni con copertura primaria? sì no
Se sì, allegare il prospetto di liquidazione rilasciato dalla compagnia assicuratrice.
- È titolare/beneficiario di altre assicurazioni con copertura secondaria del rischio Integrativa alla Qu.A.S.? sì no
Se sì, allegare la dichiarazione attestante la tipologia della polizza sottoscritta (art. 4 commi 6/7/8 del regolamento vigente).

FATTURE E/O RICEVUTE DI SPESA ALLEGATE (indicare la quantità)

Sono escluse dal rimborso tutte le spese non supportate da idonea documentazione.

 Note

Nell'ipotesi di prestazioni che si protraggono nel tempo è consentita la presentazione di domande parziali per le quali deve sempre sussistere coincidenza tra l'importo corrisposto alla Casa di Cura oppure al medico professionista rispetto alle prestazioni nel frattempo fruite ed elencate nel modulo di domanda.

Le domande parziali devono essere presentate nel rispetto temporale dei 365 giorni dalla data della fattura.

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Tariffario Nomenclatore Qu.A.S. vigente, contenente la disciplina regolamentare della Cassa, e di accettarne senza riserve l'integrale contenuto da considerarsi inderogabile. Approva per quanto di rispettiva competenza esplicitamente le clausole di cui agli artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Il sottoscritto dichiara che nel rapporto di lavoro in essere è integralmente applicato il contratto collettivo di lavoro e, conseguentemente, di adempiere a tutti gli obblighi contributivi nei confronti degli enti previsti dal CCNL. Dichiara, altresì, consapevole delle responsabilità civili e penali che conseguono a dichiarazioni false o mendaci, che tutto sopra enunciato corrisponde integralmente a verità. Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e compreso le informazioni pubblicate sul sito www.quas.it in relazione al trattamento dei propri dati forniti ai fini della gestione della pratica di rimborso, giusto il disposto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Data

Firma del richiedente

E-mail

Note per la corretta presentazione della pratica

- Le domande di rimborso prive di prescrizione medica e diagnosi o sospetto diagnostico saranno respinte (art. 5 reg. Qu.A.S.)
- Sono escluse dal rimborso tutte le spese non supportate da idonea documentazione.
- Per data fruizione delle prestazioni, anche se parziali o per gli acconti, si intende la data della rispettiva fatturazione (art. 5 reg. Qu.A.S.)
- Le uniche prestazioni di prevenzione ammesse sono i protocolli A, B1, B2, C e D espressamente indicati nel Tariffario. I protocolli sono tassativi e devono essere effettuate tutte le voci previste per ciascuno di essi.

Ricovero c/o struttura privata Giorni di degenza

dal al

Ricovero c/o struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale Giorni di degenza

dal al

N.B.: si prega di conservare gli originali dei documenti inviati alla Qu.A.S. in copia.

ELENCO DETTAGLIATO DEI DOCUMENTI DI SPESA ALLEGATI		
N.	Descrizione	Spesa sostenuta
Totale		

Prevenzione:

Rimborso lenti

Data ultima richiesta

Documenti allegati

Fatture e ricevute n.

Prescrizioni n.

Altro (cartelle cliniche, certificati di degenze, esiti) n.

Data

.....

Firma del richiedente

.....