

MODULO RICHIESTA DI PRESTAZIONE/RIMBORSO PER ISCRITTI AL FONDO SANEDIL O PER I LORO FIGLI MINORENNI



DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO (DA	ATI OBBLIGATORI)	
Cognome		Nome
lato/a a	il//	Codice Fiscale
OPERAIO	·	☐ IMPIEGATO
ATI ANAGRAFICI DEI GENITORI DELI	'ISCRITTO (DATI OBBLIGATORI II	N CASO DI ISCRITTO MINORENNE)
lome e Cognome	Codice Fiscale	
Nome e Cognome	Codice Fiscale	
	ENNE, FISCALMENTE A CARICO (E	DATI OBBLIGATORI IN CASO DI PRESTAZIONE RICHIESTA PER IL MINORENN
Nome e Cognome	Codi	ce Fiscale
DICHIARO DI VOLER		DEI SINISTRI ALLE SEGUENTI COORDINATE BANCARIE
c/c intestato a:		Banca/Posta
Codice IBAN: _		
NON SONO INTESTATAR	O NE' COINTESTATARIO D	I UN CONTO BANCARIO
		unicazione tempestiva alla Cassa Edile /EdilCassa di riferimento
III daed al meamea del edale	TET II I, O HOOGGOUITO GUITTO COTTO	Anioaziono tompostiva ana Gassa Zano / Zanoassa al monno.
		di avan annonce al Fanda Canadil a a UniCaluta Ca A il annonce
al trattamento dei dati pers	onali valevole per le finalità	di aver espresso al Fondo Sanedil e a UniSalute SpA il consens previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione.
al trattamento dei dati pers	onali valevole per le finalità	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione.
al trattamento dei dati pers	Firma dell'Iscritto/a*	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione. a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata
al trattamento dei dati pers	Firma dell'Iscritto/a*	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione. a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata
al trattamento dei dati pers	Firma dell'Iscritto/a*	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione. a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore	Firma dell'Iscritto/a*	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione. a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE"	Firma dell'Iscritto/a*L	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione. a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE"	Firma dell'Iscritto/a*L	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione. a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" II/la sottoscritto/a* nato/a a	Firma dell'Iscritto/a*	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione. a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome
al trattamento dei dati pers Data/_/_ Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r	Firma dell'Iscritto/a* Lonne, del genitore con proprio non , (Prov) iconducibili al Piano Sanitario S	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione. a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome delega il/la Sig./Sig.ra, il /, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle	Firma dell'Iscritto/a* Firma dell'Iscritto/a* Lenne, del genitore con proprio non , (Prov) iconducibili al Piano Sanitario S prenotazioni delle prestazioni se	previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione. a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome delega il/la Sig./Sig.ra, il /, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle	Firma dell'Iscritto/a* Firma dell'Iscritto/a* Lonne, del genitore con proprio non , (Prov) iconducibili al Piano Sanitario S prenotazioni delle prestazioni si ni inerenti ai miei sinistri e alle	delega il/la Sig./Sig.ra, il/, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione anitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle a fornire e ricevere le informazion	Firma dell'Iscritto/a* Firma dell'Iscritto/a* Lonne, del genitore con proprio non , (Prov) iconducibili al Piano Sanitario S prenotazioni delle prestazioni si ni inerenti ai miei sinistri e alle	delega il/la Sig./Sig.ra, il /, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione anitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la
al trattamento dei dati pers Data/ Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle a fornire e ricevere le informazior relativa documentazione sanitaria	Firma dell'Iscritto/a* Firma dell'Iscritto/a* Lonne, del genitore con proprio non , (Prov) conducibili al Piano Sanitario Soprenotazioni delle prestazioni soni inerenti ai miei sinistri e alle alla Cassa Edile/EdilCassa di rife	a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome delega il/la Sig./Sig.ra, il / ,a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione anitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la erimento.
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle a fornire e ricevere le informazior relativa documentazione sanitaria. Data//	Firma dell'Iscritto/a*	delega il/la Sig./Sig.ra, il /, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione anitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle a fornire e ricevere le informazior relativa documentazione sanitaria	Firma dell'Iscritto/a*	a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome delega il/la Sig./Sig.ra, il /, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione anitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la erimento.
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle a fornire e ricevere le informazior relativa documentazione sanitaria. Data//	Firma dell'Iscritto/a*	a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome delega il/la Sig./Sig.ra, il / ,a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione anitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la erimento.
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle a fornire e ricevere le informazion relativa documentazione sanitaria Data// Allegare copia del documento d'identità	Firma dell'Iscritto/a*	delega il/la Sig./Sig.ra, il /, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione anitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la erimento.
al trattamento dei dati pers Data/_/_ Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle a fornire e ricevere le informazior relativa documentazione sanitaria Data/_/_	Firma dell'Iscritto/a*	delega il/la Sig./Sig.ra, il/, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione anitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la erimento.
al trattamento dei dati pers Data// Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle a fornire e ricevere le informazion relativa documentazione sanitaria dell'operator Data// Allegare copia del documento d'identità DATI ANAGRAFICI CASSA E (Da compilare a cura dell'operator	Firma dell'Iscritto/a*	a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome delega il/la Sig./Sig.ra, il /, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio anedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione anitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la erimento. The deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata NTE hiesta a sportello)
al trattamento dei dati pers Data/ *Firma dell'iscritto o, se iscritto minore DELEGA AL "FACILITATORE" Il/la sottoscritto/a* nato/a a interesse derivanti o, comunque, r delle pratiche di rimborso e delle a fornire e ricevere le informazior relativa documentazione sanitaria Data/ Allegare copia del documento d'identità DATI ANAGRAFICI CASSA E (Da compilare a cura dell'operator Cassa Edile/EdilCassa di	Firma dell'Iscritto/a*	a firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata ne e cognome



MODULO RICHIESTA DI PRESTAZIONE/RIMBORSO PER ISCRITTI AL FONDO SANEDIL O PER I LORO FIGLI MINORENNI



RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIÀ AVVENUTA

Documentazione richiesta Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione					
	·				
П	Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche		Ortodonzia/protesi mobili dentarie, cure odontoiatriche conservative copia fatture e/o ricevute fiscali		
H	copia fatture e/o ricevute fiscali	H	diario clinico		
_	Prestazioni pre e post ricovero	_	Ticket per prestazioni odontoiatriche		
	copia prescrizioni mediche		copia Ticket e/o ricevute fiscali		
copia fatture e/o ricevute fiscali			Prestazioni diagnostiche particolari		
	Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche		copia fatture e/o ricevute fiscali		
	copia fatture e/o ricevute fiscali		Protesi ortopediche e acustiche		
	copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata		copia prescrizioni mediche		
_	Ticket sanitari		copia fatture e/o ricevute fiscali		
\sqcup	copia Ticket, fatture e/o ricevute fiscali	_	Lenti		
Ш	copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata	H	copia fatture e/o ricevute fiscali		
(non necessaria in caso di Pronto Soccorso) Trattamenti fisioterapici riabilitativi		ш	copia attestazione variazione visus rilasciata da optometrista/oculista		
\Box	•		Ticket per ecografie in gravidanza		
H	copia fatture e/o ricevute fiscali copia prescrizioni mediche con indicazione patologia	ш	copia fatture e/o ricevute fiscali		
Ħ	copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio)	SEZ	IONE DIARIE/INDENNITÀ		
_	Prestazioni odontoiatriche particolari (ablazione tartaro)	1 -	care data inizio// e fine/_/ ricovero		
	copia fatture e/o ricevute fiscali	Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico:			
	diario clinico	richiesta indennità sostitutiva			
	Implantologia/avulsione		copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche		
	copia fatture e/o ricevute fiscali		copia fatture e/o ricevute fiscali		
	copia radiografie e referti radiografici	_	Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19		
	diario clinico	$ \sqcup $	copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al COVID-19)		
_	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero		Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19		
Н	copia fatture e/o ricevute fiscali	ΙЦ	copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al COVID-19)		
\mathbb{H}	copia prescrizione medica con quesito diagnostico				
H	copia radiografia pre e post prestazione e relativi referti diario clinico				
Se	si tratta di documenti integrativi riferiti ad un sinistro già in essere	e, ti ch	niediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono:		
	N° SINISTRO				
Qı	uesto ci permetterà di accelerare la valutazione e il rimborso.				
Si allega la copia delle seguenti fatture:					
		e seg			
	NUMERO DATA IMPORTO	le seg	guenti fatture: NUMERO DATA IMPORTO		
		le seg			
		e seg			
		le seg			
		le seg			
	NUMERO DATA IMPORTO		NUMERO DATA IMPORTO		
	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corrett	a val	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della		
do	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factore della compania di copia.	a val	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.		
do Di	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factoriaro di non avere altre coperture sanitarie e di non av	a val	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti		
do Di	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare	a val	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente:		
do Di	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare	a val	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti		
do Di	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factoriaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio)	a valicoltà der pril'Assone o	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile).		
do Di	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare	a valicoltà der pril'Assone o	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile).		
Di m	si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio RICHIESTA DI PRES	a valicoltà der pril'Assone o	numero DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE		
Di m	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factoriaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio)	a valicoltà der pril'Assone o	numero DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE		
Di m	si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio RICHIESTA DI PRES	a valicoltà der pril'Assone o	numero DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE		
Di m	si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio RICHIESTA DI PRES	a valida	numero del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE NTO INDICATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:		
Di m	si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio RICHIESTA DI PRESPECIFICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA RIPORTANDO	a valida	numero del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE NTO INDICATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:		
Di m	si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio RICHIESTA DI PRESPECIFICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA RIPORTANDO DICARE NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONA	a valida	numero del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente:		
Di m	si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio RICHIESTA DI PRESPECIFICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA RIPORTANDO	a valida	numero del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente:		
do Di m — SF — IN	si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio RICHIESTA DI PRESPECIFICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA RIPORTANDO DICARE NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONA	a validadi	numero del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE NTO INDICATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO: ON UNISALUTE:		
SF IN (N.	si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio (Informazio PECIFICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA RIPORTANDO DICARE NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONA ATA:// ORARIO:	a valuicoltà (cer pri l'Assone o	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE NTO INDICATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO: ON UNISALUTE:		
SF IN (N.	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corrett cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la fac chiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non av edesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare(Informazio	a valida	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE NTO INDICATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO: DN UNISALUTE: DA UNISALUTE: dedico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida.		
SF IN OA	Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretto cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la factichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non avedesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio (Informazio CECIFICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA RIPORTANDO DICARE NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONA CATA:/ ORARIO: ORARIO: CUMENTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERINCIMENTAZIONE richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione	a valida	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE NTO INDICATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO: DA UNISALUTE: DA UNISALUTE: dedico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida. Izione del medico curante.		
SFF IN O	NUMERO DATA IMPORTO si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corrett cumentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la fac chiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non av edesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare (Informazio RICHIESTA DI PRES PECIFICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA RIPORTANDO DICARE NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONA ATA:// ORARIO: B.: L'APPUNTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERI cumentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione Si tratta di prenotazione di pacchetto prevenzione, non è richiesta copia della caso di Visite Specialistiche indicare il nome del medico convenzionato:	a valucoltà (coltà (coltà (coltà (coltà (colta) transportere de la colta) del manda de	NUMERO DATA IMPORTO utazione del sinistro o della verifica della veridicità della di richiedere anche la produzione degli originali di spesa. resentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti sicurazione/Cassa/Fondo/Ente: bbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile). ONE IN RETE NTO INDICATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO: DA UNISALUTE: DA UNISALUTE: dedico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida. Izione del medico curante.		