



RICHIESTA DI RIMBORSO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

DATI ASSICURATO				
COGNOME(I):	NOME(I):	CODICE FISCALE:	DATA DI NASCITA:	
N° DI POLIZZA:	COMPAGNIA ASSICURATIVA:	INDIRIZZO:	E-MAIL:	RECAPITO TELEFONICO:
DATI PAZIENTE				
COGNOME(I):	NOME(I):	CODICE FISCALE:	DATA DI NASCITA:	
RELAZIONE: <input type="checkbox"/> CONIUGE <input type="checkbox"/> FIGLIO <input type="checkbox"/> ALTRO	SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RECAPITO TELEFONICO/ E-MAIL:		
DATI ODONTOIATRA				
COGNOME(I):	NOME(I):	CODICE FISCALE:	RECAPITO TELEFONICO:	
NOME DELLO STUDIO:	INDIRIZZO:	E-MAIL:		
DETTAGLI DEL RIMBORSO			DATI BANCARI	
TIPO DI TRATTAMENTO: <input type="checkbox"/> EMERGENZA <input type="checkbox"/> PREVENZIONE <input type="checkbox"/> MEDICAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO		DATA PRIMA VISITA:		
DESCRIZIONE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE		DATA TRATTAMENTO	COSTO PRESTAZIONE	
TOTALE				
Documenti allegati				
<input type="checkbox"/> RAPPORTO MEDICO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> FATTURA ORIGINALE <input type="checkbox"/> PRESCRIZIONE MEDICA <input type="checkbox"/> ALTRO			SPECIFICARE:	
FIRME				
FIRMA TITOLARE E PAZIENTE: Accetto e riconosco in qualità di assicurato titolare, e per conto dei beneficiari, di aver ricevuto i trattamenti odontoiatrici elencati in questo documento; Dichiaro allo stesso tempo che le informazioni fornite in questo documento sono veritieri.		FIRMA COMPAGNIA ASSICURATIVA: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> FIRMA DATA </div> FIRMA SIGMA DENTAL: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> FIRMA DATA </div>		
FIRMA TITOLARE	FIRMA PAZIENTE	DATA	FIRMA	DATA

Autorizzo Sigma Dental a depositare gli importi autorizzati per il rimborso delle prestazioni odontoiatriche mediante trasferimento elettronico e/o deposito bancario sul conto i cui dettagli sono i seguenti:

NOME BANCA:

TITOLARE DEL CONTO:

CODICE FISCALE:

CODICE IBAN:

CODICE BIC/ SWIFT CODE:

Il pagamento si realizzerà in euro, al tasso del giorno, a nome del titolare della polizza/ assicurato