

<b>RICHIESTA REVISIONE DOMANDA DI RIMBORSO</b>
--

Spettabile

Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo  
Ufficio Liquidazioni c/o InSalute Servizi

**ATTENZIONE: NON SPEDIRE**  
**compilare ed allegare alla richiesta di revisione che deve essere inoltrata**  
**esclusivamente tramite mail all'indirizzo**  
**[revisionerimborsifsi@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it](mailto:revisionerimborsifsi@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ richiede  
(nome cognome dell'iscritto)

la revisione della pratica n. \_\_\_\_\_  
(riportare il numero della pratica rilevabile da area iscritto/prospetto di liquidazione)

per prestazioni fruita da \_\_\_\_\_  
(nome cognome del beneficiario delle prestazioni)

con la seguente motivazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nota Bene:** allegare sempre il prospetto di liquidazione della domanda di rimborso per la quale si richiede la revisione.

Allega ulteriore documentazione a supporto della richiesta  SI  NO

Ulteriore documentazione allegata: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data e luogo

\_\_\_\_\_

Firma dell'iscritto