

SVA Graubünden
Team Ergänzungsleistungen
Ottostrasse 24
Postfach
7001 Chur

Prestazioni complementari (PC)

Richiesta per il rimborso dei costi di malattia e di assistenza

Persona assicurata

No. d'assicurato

7 5 6

Data di nascita

Cognome

Nome

Indirizzo

NAP, località

Indirizzo di recapito della decisione/comunicazione

(da citare soltanto nel caso in cui la decisione/comunicazione non dovesse essere recapitata all'assicurato)

Nome del rappresentante

Indirizzo

NAP, località

Pagamento

(da citare soltanto nel caso in cui non è identico con il pagamento della PC mensile)

Titolare del conto

No. conto postale

IBAN-Nr. International Bank Account Number (se possiede un conto bancario è obbligatorio indicarlo)

C H

La preghiamo di prendere nota che:

- Fatture del dottore, del medico dentista, del laboratorio e della spitex devono essere inoltrate dapprima all'assicuratore malattie. Le fatture del medico dentista e della spitex, allegando il conteggio dell'assicuratore malattie, possono di seguito essere inviate all'istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni (reparto prestazioni complementari) per la verifica di un eventuale partecipazione. Per la partecipazione dei costi del medico e del laboratorio necessitiamo soltanto il conteggio dell'assicuratore malattie.
- La preghiamo di inoltrarci soltanto le copie delle fatture in formato A4.
- I documenti inviati non verranno ritornati.
- Possono essere presi in considerazione soltanto fatture/conteggi completi (senza pagine mancanti).
- La preghiamo di non inviarcI cedole di versamento/ricevute.
- Termine di prescrizione: le pezze giustificative devono essere inviate ai nostri uffici entro 15 mesi dalla data di conteggio.

Annotazioni

Data

Firma