

ANTRAG AUF ERSTATTUNG DER ALLGEMEINEN GESUNDHEITSKOSTEN

Personendaten des Eingeschriebenen

Nachname _____ Name _____
 Steuernummer _____
 Geboren in _____ am _____ Geschlecht M W
 Wohnadresse _____ PLZ _____
 Wohngemeinde _____ Prov. _____
 E-Mail-Adresse _____ Tel. _____

Der folgende Teil ist auszufüllen, wenn der Antrag um Rückerstattung für ein Familienmitglied eingereicht wird, das beim Sani-Fonds eingeschrieben ist.

Daten des Leistungsberechtigten

Nachname _____ Name _____
 Steuernummer _____
 Geboren in _____ am _____ Geschlecht M W
 Familienmitglied Ehepartner Lebensgefährte Sohn/Tochter
 Steuerlich zu Lasten lebend JA NEIN

Als Anlage werden folgende Rechnungskopien übermittelt

Nr. Rechnung/ Zahlungsbestätigung	Rechnungssteller	Datum Rechnung/ Zahlungsbest.	Betrag
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____

Die Auszahlung soll auf folgendes Bankkonto erfolgen:

Kontoinhaber _____
 Bank _____
 IBAN _____



Der Antragsteller nimmt die Statuten, die Geschäftsordnung und den Leitfaden für die Funktionsweise des Sani-Fonds zur Kenntnis und ersucht um Rückerstattung der angeführten Leistung.

Der Antragsteller verpflichtet sich, dem Ansuchen das Auszahlungsschreiben beizulegen, sofern die hier beantragte Leistung bereits teilweise erstattet wurde (durch eine private Versicherung/über die Sanitätseinheit).

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Antragsteller

(für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im Besitz der Vormundschaft)

KURZE DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist Sani-Fonds - Landeszusatzgesundheits-Fonds, der unter folgender E-Mail-Adresse zu erreichen ist: info@sani-fonds.it; PEC: sani-fonds@secure-pec.it; Datenschutzbeauftragter (DPO – Data Protection Officer) ist das Unternehmen ReNorm GmbH (Dr. Francisco Garcia-Garrido: renorm@legalmail.it).

Die personenbezogenen Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen, werden unter anderem verarbeitet, um Ihre Anträge für die Rückerstattung und gegebenenfalls, sofern vorgesehen, die Ihrer Familienangehörigen gemäß den Bestimmungen des Sani-Fonds zu bearbeiten, und zwar so lange, wie es für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben wurden, unbedingt erforderlich ist. Zu diesen Zwecken ist die Bereitstellung der Daten erforderlich, und eine vollständige oder teilweise Verweigerung der Daten macht es unmöglich, den Antrag auf Rückerstattung zu bearbeiten und die Leistung auszubezahlen. Es werden besondere Sicherheitsvorkehrungen getroffen, um Datenverlust, unerlaubte oder falsche Verwendung und unbefugten Zugriff zu verhindern. Die betroffene Person kann die in den Art. 15-22 der Verordnung (EU) 2016/679 festgelegten Rechte ausüben. Weitere Informationen finden Sie im ausführlichen Informationsblatt über die Verarbeitung personenbezogener Daten, das auf unserer Website (Abschnitt "Formulare") heruntergeladen werden kann: <https://www.sani-fonds.it/it>

IM FONDS EINGESCHRIEBENE/R

Ich Unterfertigte/r, eingeschrieben bei SANI-FONDS, im Hinblick auf die Datenschutzerklärung (ex art. 13-14 GDPR 2016/679) – die unter folgendem [link](#) abrufbar ist – und in Bezug auf die Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten, die unter besondere Kategorien personenbezogener Daten fallen (z.B. Daten, die Aufschluss über den Gesundheitszustand geben), in dem Bewusstsein, dass es dem Sani-Fonds ohne meine Zustimmung unmöglich ist, die notwendigen Formalitäten für die Erbringung der Leistungen durchzuführen:

→ **stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten zu, die in diesem Antrag enthalten sind***

*Bitte beachten Sie, dass Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem „Erstattungsantrag“ ausdrücklich der Verarbeitung Ihrer persönlichen und sensiblen Daten zustimmen, die für die Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags erforderlich sind.

→

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Antragsteller

(für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im Besitz der Vormundschaft)

IM FONDS EINGESCHRIEBENES FAMILIENMITGLIED - LEISTUNGSBERECHTIGTE/R

Ich Unterfertigte/r, eingeschriebenes Familienmitglied (Leistungsberechtigte/r), im Hinblick auf die Datenschutzerklärung (ex art. 13-14 GDPR 2016/679) – die unter folgendem [link](#) abrufbar ist – und in Bezug auf die Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten, die unter besondere Kategorien personenbezogener Daten fallen (z.B. Daten, die Aufschluss über den Gesundheitszustand geben), in dem Bewusstsein, dass es dem Sani-Fonds ohne meine Zustimmung unmöglich ist, die notwendigen Formalitäten für die Erbringung der Leistungen durchzuführen:

→ **stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten zu, die in diesem Antrag enthalten sind***

*Bitte beachten Sie, dass Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem „Erstattungsantrag“ ausdrücklich der Verarbeitung Ihrer persönlichen und sensiblen Daten zustimmen, die für die Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags erforderlich sind.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Leistungsberechtigte/r

(für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im Besitz der Vormundschaft)