

DOMANDA DI RIMBORSO PER APPARECCHIO ORTODONTICO

Dati anagrafici del richiedente iscritto al Fondo

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Recapito e-mail _____ Tel. _____

Si allegano in copia le seguenti fatture/ricevute:

Numero fattura	Emittente	Data fattura	Importo
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____

Dichiarazione del medico odontoiatra

Il/La sottoscritto/a medico odontoiatra, dott. _____

dichiara che è stata effettuata/è stata pianificata la seguente prestazione:

Apparecchio fisso Apparecchio mobile

Luogo _____ Data _____

Firma e timbro

Pregasi indicare le coordinate bancarie per il pagamento del rimborso

Intestatario del conto corrente _____

Banca _____

IBAN _____



Il richiedente, preso atto dello Statuto, del Regolamento e della Guida illustrativa sul funzionamento di Fondo Sanitario Alto Adige, chiede il rimborso di quanto indicato.

Il richiedente si obbliga, nel caso in cui abbia già ottenuto un rimborso per la stessa prestazione da un altro soggetto (assicurazione privata – azienda sanitaria), a darne apposito avviso, allegando la lettera di liquidazione.

Luogo _____ Data _____

Firma del/la richiedente

(se il richiedente è minorenne, la sottoscrizione deve essere effettuata da chi esercita la potestà genitoriale o da chi ne ha la tutela)

INFORMATIVA BREVE

Titolare del trattamento dei dati personali è Fondo Sanitario Alto Adige, contattabile all'indirizzo e-mail: info@sani-fonds.it; PEC: sani-fonds@secure-pec.it; Responsabile della protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) è la società ReNorm S.r.l. (contattabile all'indirizzo e-mail: renorm@legalmail.it).

I dati personali da Lei forniti sono trattati, tra le altre, per poter evadere la Sua richiesta di rimborso al Fondo, in conformità alle attività previste dal Regolamento e per il tempo strettamente necessario al raggiungimento della/e finalità per le quali sono stati raccolti. Per tali finalità il conferimento dei dati è necessario e l'eventuale rifiuto di fornire i dati, in tutto o in parte, comporterà l'impossibilità di erogazione ed elaborazione del rimborso richiesto. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. L'interessato/a può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 contattando Fondo Sanitario Alto Adige e/o il DPO all'indirizzo sopra riportato. Per ulteriori informazioni, anche relativamente al consenso, si rimanda all'informativa dettagliata sul trattamento dei dati personali, scaricabile sul nostro sito web (sezione "Moduli"): <https://www.sani-fonds.it/it>



ISCRITTO AL FONDO

Io sottoscritto/a, iscritto al fondo, tenuto conto dell'**informativa privacy** (ex art. 13-14 GDPR 2016/679) – disponibile al seguente [link](#) – in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute), consapevole che in mancanza del proprio consenso risulta impossibile per Fondo Sanitario Alto Adige dare corso ai necessari adempimenti per la gestione della Sua richiesta di rimborso:

→ ✓ **Presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali contenuti nella domanda di rimborso*.**

*Si ricorda che, con la sottoscrizione della presente "Domanda di Rimborso", Lei autorizza espressamente al trattamento dei propri dati personali nonché sensibili, necessario per dare corso ai necessari adempimenti per la gestione della Sua domanda di rimborso.

Luogo _____ Data _____

Firma del/la richiedente

(se il richiedente è minorenne, la sottoscrizione deve essere effettuata da chi esercita la potestà genitoriale o da chi ne ha la tutela)