

## FORMULAR FÜR DIE KOSTENERSTATTUNG VON ZAHNSPANGEN

### Personendaten des Eingeschriebenen (Inhaber der Versicherungspolizze)

Nachname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
 geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 Geschlecht  M  W Steuernummer \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Provinz \_\_\_\_\_  
 Tel./Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Der folgende Teil ist auszufüllen, wenn der Antrag um Rückerstattung für ein Familienmitglied eingereicht wird.

### Daten des Leistungsempfängers

Nachname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
 Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 Geschlecht  M  W Steuernummer \_\_\_\_\_  
**Familienmitglied:**  Ehepartner  Lebensgefährtin  Sohn/Tochter **ZU LASTEN LEBEND:**  JA  NEIN

Der Antragsteller nimmt die Statuten und das Reglement von 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).

Rechnungen/Tickets, die bereits im Zuge der Steuerklärung vorgelegt wurden, können nicht erstattet werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

\* Für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im Besitz der Vormundschaft

### Erklärung des Zahnarztes

Der/die unterfertigte beauftragte Zahnarzt/in, Dr. \_\_\_\_\_ erklärt, dass folgende Leistungen erbracht wurden:

Festsitzende Zahnspange  Herausnehmbare Zahnspange

Datum : \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Auszahlung soll auf folgendes Bankkonto erfolgen:

<b>Kontoinhaber:</b>	<b>Bank</b>
<b>IBAN:</b>	

## Zustimmung zur Verwendung der persönlichen Daten gemäß EU-Verordnung 2016/679

Nach Erhalt des Informationsschreibens gemäß EU-VERORDNUNG 2016/679, STIMME ich der Verwendung und der Mitteilung meiner persönlichen und besonderen Daten ZU, welche für die Verwaltung und Auszahlung der Leistungen benötigt werden, und welche für die Inanspruchnahme des Gesundheitsschutzes notwendig sind, dem ich beigetreten bin. Ebenso STIMME ich der Verwendung und Weiterleitung der genannten Daten ZU, welche im Zuge der Bearbeitung dieses Gesuchs notwendig sind. Dazu zählen der Gesundheitsfonds Sani-Fonds sowie die ins Verfahrens eingebundenen Ärzte im Rahmen der von ihnen ausgeübten Zuständigkeiten.

Ich bin darüber informiert wurden, dass das Informationsschreiben gemäß EU-Verordnung 2016/679 jederzeit auf der Homepage des Gesundheitsfonds ([www.sani-fonds.it](http://www.sani-fonds.it)) eingesehen werden kann.

Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

*\* Für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im Besitz der Vormundschaft*

---

Senden Sie das Formular , die Rechnung sowie die Patientenkartei an SANI-FONDS

- Per E-Mail: [info@sani-fonds.it](mailto:info@sani-fonds.it)  
oder
- Per Post: SANI-FONDS – Marie Curie Straße 15 – 39100 BOZEN (BZ)