

FORMULAR FÜR DIE ERSTATTUNG DER KRANKENVERSICHERUNGSKOSTEN

Personendaten des Eingeschriebenen (Inhaber der Versicherungspolize)

Nachname Name

geboren am in

Geschlecht M W Steuernummer

Adresse PLZ Wohnort Provinz

Tel./Mobil* E-Mail

* Bitte die Mobiltelefonnummer angeben, wenn man die Aktivierung des Services "Meine Rückerstattungen" durch Erhalt einer SMS wünscht

Der folgende Teil ist auszufüllen, wenn der Antrag um Rückerstattung für ein Familienmitglied eingereicht wird, das beim Sani-Fonds eingeschrieben ist (www.sani-fonds.it/de/einschreibung-beim-sani-fonds).

Daten des Leistungsempfängers

Nachname Name

Geboren am in

Geschlecht M W Steuernummer

Familienmitglied: Ehepartner Lebensgefährte Sohn/Tochter **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 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*

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 sensiblen 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 an die Beteiligten des operativen Ablaufs weitergeleitet werden; dazu zählen der Gesundheitsfonds (Sani-Fonds), Gesundheitseinrichtungen, Ärzte, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. im Rahmen der von ihnen ausgeübten Zuständigkeiten.

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

Datum : _____

Unterschrift _____

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