

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

Dati anagrafici del richiedente (titolare della polizza)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Sesso M F Codice fiscale _____

Indirizzo _____ CAP _____ Comune _____ Provincia BZ _____

TeL* _____ E-Mail _____

* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms

Si prega di compilare la parte sottostante nel caso in cui venga richiesto il rimborso per un familiare (<http://www.sani-fonds.it/iscrizione-a-sani-fonds>)

Dati anagrafici del familiare

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Sesso M F Codifce fiscale _____

Famigliare: Coniuge Convivente more uxorio Figlio/Figlia FISCALMENTE A CARICO: SI NO

Si allegano in copia le seguenti fatture/ricevute:

Numero fattura	Emittente	Data fattura	Importo
1			
2			
3			
4			
5			

Pregasi indicare le coordinate bancarie su chi si chiede venga effettuato il rimborso

Intestatario del conto corrente:

Banca

IBAN:

Il richiedente, preso atto dello Statuto e del Regolamento di Sani-Fonds, 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 – Cassa Malati), a darne apposito avviso, allegando la lettera di liquidazione.

Le fatture/ticket già presentate in sede di dichiarazione dei redditi (730) non sono rimborsabili.

Data: _____

Firma _____

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

Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 2016/679

Ricevuta l'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Cassa di Assistenza o Fondo Sanitario (Sani-Fonds), Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Dichiaro di essere stato informato che le normative relative al Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy), di cui al Regolamento UE 2016/679, sono reperibili nella Homepage del Fondo (www.sani-fonds.it).

Data compilazione: _____

Firma _____

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