

FORMULAR FÜR DIE ERSTATTUNG DER KRANKENVERISCHERUNGSKOSTEN

PERSÖNLICHE DATEN DES MITGLIEDS	
Nachname _____	Name _____
GEBOREN am _____ in _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Steuernummer _____	
Adresse _____	PLZ _____ Wohnort _____ Provinz _____
Tel _____	Mobil* _____ E-Mail _____
* Bitte die Mobiltelefonnummer angeben, wenn man die Aktivierung und die Modalitäten des Services "Meine Rückerstattungen" durch Erhalt einer SMS wünscht	

DATEN DES ANTRAGSTELLENDEN FAMILIENMITGLIEDS	
Nachname _____	Name _____
Geboren am _____ am _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Steuernummer _____
Familienmitglied: <input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin/e <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter ZU LASTEN LEBEND: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

Leistungsübersicht für die eine Rückerstattung beantragt wird:

- Krankenhausaufenthalt
- Leistungen in Verbindung eines Krankenhausaufenthalts (pre/post)
- Spezielle diagnostische und therapeutische fachärztliche Leistungen
- Fachärztliche Leistungen nicht in Verbindung mit einem Krankenhausaufenthalt
- Linsen (für Brillen/Kontaktlinsen)
- Orthopädische und Akustische Prothesen

Wichtig: Für die Rückerstattung der zahnärztlichen Leistungen, bitten wir Sie das eigens dafür vorgesehene Formular "Rückerstattung der zahnärztlichen Leistungen" auszufüllen."

Als Anlage werden folgende Rechnungskopien übermittelt:

	RECHNUNGSNR./ZAHLUNGSBESTÄTIGUNG	RECHNUNGSSTELLER	DATUM RECHNUNGSNR./ZAHLUNGSBESTÄTIGUNG	BETRAG
1				, , , , , , , , , ,
2				, , , , , , , , , ,
3				, , , , , , , , , ,
4				, , , , , , , , , ,

Summe:

IM SINNE DIESES RÜCKERSTATTUNGSANTRAGS ERKLÄRT DER/DIE UNTERFERTIGTE

- keinen gleichartigen Antrag bei einer Zusatzversicherung des nationalen Gesundheitsdienstes gestellt zu haben
- keinen gleichartigen Antrag bei einem anderen Fonds oder einer anderen privaten Versicherungsgesellschaft gestellt zu haben
- keinen gleichartigen Antrag bei der Erstellung der Steuererklärung (730) gestellt zu haben

Datum _____

Unterschrift des/der Arbeitnehmers/in oder des eingeschriebenen Familienmitglieds: _____

Falls ein gleichartiger Antrag bei einer anderen Zusatzversicherung des nationalen Gesundheitsdienstes, einem anderen Fonds oder einer anderen privaten Versicherungsgesellschaft gestellt wurde, verpflichtet sich der/die Unterfertigte:

- die Auszahlungsbescheinigung beizulegen
- den Namen des Fonds oder der Versicherung sowie die Policennummer anzugeben: _____

Datum _____

Unterschrift des/der Arbeitnehmers/in oder des eingeschriebenen Familienmitglieds: _____

Im Falle eines Unfalles oder Verkehrsunfalles bitte folgende Felder ausfüllen und beantworten :

Name /Nachname der Unfall Beteiligten : _____

Name der Gesellschaft , des Fonds, der Kasse: _____

Policen-Versicherungsnummer : _____

Unfalldatum: _____

Bitte folgende Dokumentation beifügen :

Erste Hilfe Bericht

Polizei Bericht

Nr° weitere beigelegten Dokumente in Kopie (Krankenhausberichte, Entlassungsberichte, usw.): _____

Bankverbindung, Konto auf dem die Rückerstattung erfolgt

Kontoinhaber : _____

IBAN:

Datum : _____

Unterschrift des/der Arbeitnehmers/in oder des eingeschriebenen Familienmitglieds: _____

(FALLS minderjährig Unterschrift des Elternteils oder der Person im Besitz der Vormundschaft)



Zustimmung zur Verwendung der persönlichen Daten - Gesetzesvertretendes Dekret Nr. 196/2003

Nach Erhalt des Informationsschreibens gemäß gesetzesvertretenem Dekret vom 30.06.2003 Nr. 196 „Kodex zum Schutz persönlicher Daten“, STIMME ich der Verwendung und der Mitteilung meiner persönlichen und sensiblen Daten, welche für die Verwaltung und Auszahlung der Leistungsfälle, welche im Gesundheitsschutz, dem ich beigetreten bin, enthalten sind, notwendig sind, an die Beteiligten des operativen Ablaufs, dazu zählen der Gesundheitsfonds, Gesundheitseinrichtungen, Ärzte, Previmedical S.p.A., RBM Salute S.p.A. im Rahmen der von ihnen ausgeübten Kompetenzen, ZU.

Datum : _____

Name Vorname _____

Unterschrift für die Zustimmung zur Verwendung der persönlichen Daten _____

(FALLS minderjährig Unterschrift des Elternteils oder der Person im Besitz der Vormundschaft)