

DOMANDA DI RIMBORSO PER APPARECCHIO ORTODONTICO

Dati anagrafici del richiedente (titolare della polizza)

Cognome				Nome		
Nato/a il		a				
Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Codice fiscale			
Indirizzo			CAP	Comune	Provincia BZ	
Tel				E-Mail		

Si prega di compilare la parte sottostante nel caso in cui venga richiesto il rimborso per un familiare

Dati anagrafici del familiare

Cognome				Nome		
Nato/a il		a				
Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Codice fiscale			
Familiare:	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Convivente more uxorio	<input type="checkbox"/> Figlio/Figlia	FISCALMENTE A CARICO:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

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*

Dichiarazione del medico odontoiatra

Il/La sottoscritto/a medico odontoiatra, dott. _____ dichiara che è stata
effettuata la seguente prestazione:

Apparecchio fisso

Apparecchio mobile

Data : _____

Firma e timbro _____

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

Intestatario del conto corrente:

Banca

IBAN:

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, 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*

Il presente modulo, unitamente alla fattura e alla cartella di cura, deve essere inviato a SANI-FONDS

- Via e-mail : info@sani-fonds.it
- oppure
- Via posta: SANI-FONDS – Via Marie Curie 15 – 39100 BOLZANO (BZ)