

## FORMULAR FÜR DIE AUSZAHLUNG DER BEIHILFE COVID-19

### Personendaten des Eingeschriebenen

Nachname	Name		
geboren am	in		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	Steuernummer
Adresse	PLZ	Gemeinde	Provinz BZ
Tel.:	E-Mail		
<input type="checkbox"/> eingeschriebene/r Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Firmeninhaber mit freiwilliger Einschreibung		

#### Bitte Zutreffendes ankreuzen und Dokumente beilegen

- BEIHILFE COVID-19 BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT
- BEIHILFE COVID-19 BEI HÄUSLICHER ISOLATION

Der Antragsteller bestätigt, das er/sie positiv auf COVID-19 mittels Abstrich getestet wurde und legt folgende Unterlagen bei:

- Kopie der ärztlichen Anordnung für die häusliche Isolation
- Kopie Entlassungsbrief des Krankenhauses
- Kopie vom Befund des Abstriches aus welchem das positive Testergebnis für COVID-19 hervorgeht

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 Auszahlung der angeführten Leistungen.

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 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 worden, 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 samt nötiger Dokumentation 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)