

CONSENSO DEL FAMILIARE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA GESTIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI DI SANEDIL PER IL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA O FIGLIO MAGGIORENNE FISCALMENTE A CARICO

In caso di richiesta dell'Iscritto per coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia / o figlio maggiorenne fiscalmente a carico:
(spazio riservato al delegante)*

La/Il sottoscritto/a _____ in qualità di coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia o figlio maggiorenne /fiscalmente a carico dell'Iscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa pubblicata sul sito di Sanedil Sez. Privacy, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute per la gestione ed erogazione dei servizi di assistenza integrativa sanitaria e socio-sanitaria ed il rimborso a favore dell'Iscritto/a; accetta altresì che l'Iscritto/a sia l'unico destinatario delle comunicazioni da parte di SANEDIL e l'unico soggetto abilitato a caricare nell'area riservata richieste di rimborso e altri documenti, anche contenenti dati relativi alla salute, diretti a Sanedil per il tramite delle Casse edili o EdilCasse.

Luogo e Data

Firma

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Allegare copia del documento d'identità del Delegante

EVENTUALE DELEGA AL "FACILITATORE"

(Esclusivamente per le richieste presentate allo sportello della Cassa Edile/EdilCassa di riferimento)

Il sottoscritto _____ in qualità di iscritto/a

al Fondo Sanedil delego il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ (Prov. ____), il ____/____/____,

a consegnare la presente richiesta di rimborso, compresa la relativa documentazione eventualmente allegata, presso lo sportello della Cassa Edile/Edilcassa di riferimento, al solo fine di ottenere le prestazioni previste dal Piano Sanitario Sanedil.

Luogo e Data

Firma

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Allegare copia del documento d'identità del Delegante

C) PRESTAZIONI SANITARIE

Barrare l'oggetto della richiesta di rimborso e i documenti che si allegano in copia

MONTATURA per lenti graduate correttive

Allegare la seguente documentazione

- Copia attestazione variazione visus rilasciata da medico oculista/optometrista
- Copia del documento di spesa: fattura, scontrino parlante

AUSILI/PRESIDI SANITARI

- Sedia a rotelle
- Plantari ortopedici
- Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori

(Specificare) _____

- Busto ortopedico
- Corsetto ortopedico
- Tutori/ortesi ortopedico
- Contenitore addominale
- Calzature ortopediche

Allegare la seguente documentazione

- Copia prescrizione del medico specialista
(Deve contenere il quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione)
- Copia del documento di spesa: fattura/ricevuta emessa dal fornitore

La documentazione allegata alla presente richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, ecc...) va presentata in fotocopia. Sanedil potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale o ulteriore documentazione oltre a quella già inviata. In caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, Sanedil ne darà comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali. Le spese sanitarie sostenute potranno essere, eventualmente, portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi solo nel limite degli importi non rimborsati dal presente Fondo.

Luogo e Data

Firma dell'Iscritta/o

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

CONSENSO DELL'ISCRITTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA GESTIONE E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI SANEDIL

La/Il sottoscritta/o _____

dichiara di aver letto e compreso l'informativa pubblicata sul sito di Sanedil Sez. Privacy, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute, per la gestione ed erogazione dei servizi di assistenza integrativa sanitaria e socio-sanitaria ed il rimborso diretto sulle prestazioni fruitive.

Luogo e Data

Firma dell'Iscritta/o

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata