

RICHIESTA DI INSERIMENTO DOMANDA DI RIMBORSO

Il sottoscritto _____ CF _____
 (in caso di primo contatto con sportello indicare anche:
 nato a _____ (_____) il _____
 Residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____)
 iscritto al Fondo SANI.IN.VENETO, riferimenti CELL _____ o MAIL _____
 chiede l'inserimento della domanda di rimborso degli importi previsti

() per se stesso

() per i propri familiari

_____ CF _____
 _____ CF _____
 _____ CF _____


e allega la documentazione prevista per un totale di _____ documenti.

Chiede l'erogazione al seguente IBAN intestato a _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Il sottoscritto dichiara di non aver effettuato analoga richiesta ad altro Fondo di assistenza sanitaria integrativa o in caso di richiesta di aver ricevuto già il seguente contributo:

| | | |
|------------|---------------|---------------|
| ENTE _____ | Rif doc _____ | importo _____ |
| ENTE _____ | Rif doc _____ | importo _____ |
| ENTE _____ | Rif doc _____ | importo _____ |

 Firma iscritto: _____ Data ricezione: _____

Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 216/279

Il sottoscritto ricevuta l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

[A] **(OBBLIGATORIO)** Al trattamento dei miei dati personali e particolari necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo (Fondo sanitario, Sportelli accreditati con il Fondo, Contitolari e Responsabili del trattamento) e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.

 DO IL CONSENSO per il punto A) NEGO IL CONSENSO per il punto A)

[B] **(FACOLTATIVO)** Al trattamento dei miei dati personali e particolari per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti da parte del Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività realizzati dallo stesso.

 DO IL CONSENSO per il punto B) NEGO IL CONSENSO per il punto B)

Data: _____

Firma iscritto: _____

Firma del familiare: _____

(se minore, firma di chi esercita la responsabilità genitoriale o di chi ne ha la tutela)

