SANI.IN.VENETO

Via Fratelli Bandiera 35, località Marghera - 30175 Venezia
T. +39 041.2584960 - F. +39 041.5389954
segreteria@saninveneto.it - segreteria@pec.saninveneto.it

C. F. 90164060270

SPORTELLO DI _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO DOMANDA DI RIMBORSO

Il sottoscritto _____ CF _____
(in caso di primo contatto con sportello indicare anche: nato il _____ Residente a _____ cap_____ in 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)