MODULO RICHIESTA RIMBORSO

DATI ANAGRAFICI DEL DIPENDENTE ISCRITTO A SANARTI

*Nome _____ *Cognome _____

*Nato a _____ *Provincia _____ *Stato estero _____

*Il ____/____/_____ *Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Residente in _____ *N° _____

*Città _____ *Provincia _____ *Cap ☐☐☐☐☐

*Cellulare _____ *E-mail _____@_____

*Codice IBAN dell'iscritto, o cointestato con l'iscritto; 27 caratteri alfanumerici

IBAN ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*I campi contrassegnati con * sono obbligatori.*

Selezionare la prestazione per la quale si richiede il rimborso

- ☐ **Visite**
- ☐ **Ricoveri**
- ☐ **Pacchetto maternità**
- ☐ **Inabilità**
- ☐ **LTC:** Long term care
- ☐ **Ausili e protesi**
- ☐ **Diagnostica**
- ☐ **Lenti graduate correttive**
- ☐ **PMA:** Procreazione medicalmente assistita
- ☐ **Neonati**
- ☐ **Psicoterapia**
- ☐ **Fisioterapia**

Spedisci questo modulo e copia della documentazione a:
Fondo SANARTI - Ufficio Prestazioni in Autogestione
Casella Postale 7241 - Ufficio Postale Roma Nomentano - 00162 Roma

*Data ____/____/_____ *Firma dell'iscritto _____

Puoi richiedere il rimborso anche on-line dalla tua Area riservata su www.sanarti.it.

***CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** - Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa pubblicata su www.sanarti.it ed esprimo 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.

Luogo e data Firma dell'iscritto _____

***CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER RICEVERE INFORMAZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI OFFERTE DA SANARTI** - acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nell' informativa pubblicata su www.sanarti.it per ricevere informazioni relative alle prestazioni offerte da SAN.ARTI.

Luogo e data Firma dell'iscritto _____

***CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONIUGE/ CONVIVENTE** *nell'ambito della PMA*
io sottoscritta/o _____ coniuge/convivente dell'Iscritta/o _____
dichiaro di aver letto e compreso l'informativa pubblicata su www.sanarti.it ed esprimo 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; accetta altresì che l'Iscritto sia l'unico destinatario delle comunicazioni da parte di SAN.ARTI. e l'unico soggetto abilitato a caricare nell'area riservata richieste di rimborso e altri documenti, anche contenenti dati relativi alla salute, diretti a SAN.ARTI.

Luogo e data Firma del conigue/convivente _____

La documentazione allegata (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, ecc…) va inviata in fotocopia. SAN.ARTI. potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, la documentazione in originale o ulteriore documentazione. SAN.ARTI. si riserva di dare comunicazione alle competenti autorità giudiziarie in caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali. Le spese sanitarie possono essere portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi nel limite degli importi non rimborsati da SAN.ARTI.