

Programma Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio e Malattia

RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE - DIRIGENTI

DATI ANAGRAFICI

NOMINATIVO DIRIGENTE		TELEFONO	
AZIENDA ASSOCIATA			
ISCRITTO <input type="checkbox"/> FASI	ISCRITTO <input type="checkbox"/> FASDAC	ISCRITTO <input type="checkbox"/> _____	
RAPPORTO DI PARENTELA CON L'ISCRITTO	FORMA <input type="checkbox"/> COMPLETA	FORMA <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA	FORMA OPZIONE
BANCA	AGENZIA DI		N.
N. IBAN			

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE (ORIGINALE E UNA FOTOCOPIA)

GARANZIA IMPORTO	DIARIA DA RICOVERO	RICOVERO	ONCOLOGICHE CARDIACHE ALTA DIAGNOSTICA	VISITE SPECIALISTICHE ANALISI DI LABORATORIO	PROTESI ANATOMICHE	PROTESI DENTARIE	LENTI	TOTALE
SPESA SOSTENUTA								
RIMBORSO* FONDO								
DIFFERENZA								
FRANCHIGIA**								
A** LIQUIDARE								

* Riservato al Dirigente

** Riservato alla Cassa

DATI ANAGRAFICI DA INDICARE SOLO IN CASO DI VARIAZIONE

VIA/PIAZZA	COMUNE	PROV.
------------	--------	-------

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy,

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei

dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute e acconsente del pari alla comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE