

## DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

*(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuno persona)*

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:  
**FONDO FAI, C/O PREVIMEDICAL, via E. Forlanini 24, Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)**  
 unitamente agli originali della documentazione.

**DATI ISCRITTO:**

Matricola: \_\_\_\_\_  
 Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F  
 Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

**DATI FAMILIARE (per il quale si richiede il rimborso):**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

**Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:**

Medicinali .....	<input type="checkbox"/>	Lenti per occhiali .....	<input type="checkbox"/>
Visite mediche .....	<input type="checkbox"/>	Cure termali .....	<input type="checkbox"/>
Esami ematici .....	<input type="checkbox"/>	Cure termali (massaggi-ozoni) .....	<input type="checkbox"/>
Cure .....	<input type="checkbox"/>	Apparecchi acustici .....	<input type="checkbox"/>
Ticket .....	<input type="checkbox"/>	Diagnostica tradizionale .....	<input type="checkbox"/>
Materiali ortopedico e varie .....	<input type="checkbox"/>	Diagnostica ad alta specializzazione .....	<input type="checkbox"/>
Interventi chirurgici al 50% .....	<input type="checkbox"/>	Diagnostica prenatale .....	<input type="checkbox"/>
Lenti a contatto .....	<input type="checkbox"/>	Interventi Ambulatoriali .....	<input type="checkbox"/>

**N.B. Per il rimborso di cure odontoiatriche utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE".**

Si allegano le seguenti fatture:

N°	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

**Totale richiesto:** \_\_\_\_\_

N° altri documenti allegati (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): \_\_\_\_\_

Eventuali polizze malattia possedute: si  no  Compagnia: \_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie dell'iscritto su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate all'atto dell'adesione o comunque prima della compilazione del presente modulo)**

Intestatario conto corrente: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma del lavoratore iscritto: \_\_\_\_\_

Firma del familiare: \_\_\_\_\_

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

### Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

*Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali, anche sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione delle prestazioni previsti dal FONDO FAI. Il consenso è pure esteso nei confronti dei soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Previmedical S.p.A., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Banche e Società che gestiscono servizi postali, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.*

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma del lavoratore iscritto: \_\_\_\_\_

Firma del familiare: \_\_\_\_\_

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