PIANO SANITARIO FONDO FONTUR - MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

da inviare a Fondo FONTUR
a Viale Pasteur 10, 00144 Roma o via Fax +39 06 5903438 o via email info@fontur.it

AFFINCHÉ FONTUR POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative
(Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso FONTUR non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data	Nome e cognome _____ e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| del titolare di polizza (in stampatello) Firma dell'interessato

ISCRITTO:
Cognome_____Nome_____

Nato il _____ a _____ Prov _____ Cod.Fiscale_____

Residente in via _____ CAP_____Città_____Prov_____

Tel_____Indirizzo mail_____

Documentazione richiesta

Ticket per prestazioni pre e post ricovero
Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ticket sanitari per prestazioni di diagnostica e terapia
Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ticket sanitari per visite specialistiche
Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Pacchetto maternità
Copia prescrizioni mediche ☐
Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Protesi/ausili medici ortopedici
Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia e necessità utilizzo ☐
Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Trattamenti fisioterapici riabilitativi
Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia ☐
In caso di infortunio: copia certificato di Pronto Soccorso ☐
Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Si allega copia delle seguenti fatture:

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI ☐ NO ☐ Compagnia _____
Informazione obbligatoria ai sensi dell'Art.1910 del Codice Civile

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:

c/c intestato a:_____ Banca/Posta_____

Codice IBAN	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario.

Data _____ Firma del Titolare _____