



# **MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE AUTOGESTITE DA SANEDIL**

(documentazione per lavoratori dipendenti imprese edili)

Spazio riservato all'operatore di Cassa

**A) DATI ANAGRAFICI DELLA/DEL DIPENDENTE ISCRITTA/O A SANEDIL**

**B) COMPILARE LA SEZIONE SOTTOSTANTE SOLO SE LA RICHIESTA RIGUARDA IL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO,  
RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA O PER FIGLI FISCALMENTE A CARICO**

PERSONA PER CUI SI RICHIENDE IL RIMBORSO:

Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_

Nato/a\* \_\_\_\_\_ il\* \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Località/Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Località/comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Tel cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## C) PRESTAZIONI SANITARIE

Barcare l'oggetto della richiesta di rimborso e i documenti che si allegano in copia

### MONTATURA per lenti graduate correttive

#### **Allegare la seguente documentazione**

- Copia attestazione variazione visus rilasciata da medico oculista/optometrista
- Copia del documento di spesa: fattura, scontrino parlante

### AUSILI/PRESIDI SANITARI

- Sedia a rotelle
- Plantari ortopedici
- Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori

(Specificare)

- Busti ortopedici
- Corsetti ortopedici
- Tutori/ortesi ortopedici
- Contenitore addominale
- Calzature ortopediche

#### **Allegare la seguente documentazione**

- Copia prescrizione del medico specialista  
*(deve contenere il quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione)*
- Copia del documento di spesa: fattura/ricevuta emessa dal fornitore

### TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

#### **Allegare la seguente documentazione**

- Copia prescrizione del medico
- Copia del documento di spesa: fattura/ricevuta  
*(il documento deve riportare il titolo abilitante del medico professionista)*

### VISITE SPECIALISTICHE

#### **Allegare la seguente documentazione**

- Copia del documento di spesa:  
*(il documento deve riportare il titolo abilitante del medico professionista)*

*La documentazione allegata alla presente richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, ecc...) va presentata in fotocopia. Sanedil potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale o ulteriore documentazione oltre a quella già inviata. In caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, SANEDIL ne darà comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali. Le spese sanitarie sostenute potranno essere, eventualmente, portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi solo nel limite degli importi non rimborsati dal presente Fondo.*

Luogo e Data

Firma dell'Iscritta/o

**CONSENTO DELL'ISCRITTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA GESTIONE  
E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI SANEDIL**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

dichiara di aver letto e compreso l'informativa pubblicata sul sito di Sanedil Sez. Privacy, ed esprime 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 diretto sulle prestazioni fruite.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Iscritta/o \_\_\_\_\_

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

**CONSENTO DEL FAMILIARE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA GESTIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI DI SANEDIL PER IL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA O FIGLIO MAGGIORENNE FISCALMENTE A CARICO**

**In caso di richiesta dell'Iscritto per coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia / o figlio maggiorenne fiscalmente a carico:  
(spazio riservato al delegante\*)**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ in qualità di coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia o figlio maggiorenne /fiscalmente a carico dell'Iscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa pubblicata sul sito di Sanedil Sez. Privacy, ed esprime 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/a; accetta altresì che l'Iscritto/a sia l'unico destinatario delle comunicazioni da parte di SANEDIL e l'unico soggetto abilitato a caricare nell'area riservata richieste di rimborso e altri documenti, anche contenenti dati relativi alla salute, diretti a Sanedil per il tramite delle Casse edili o EdilCasse.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

\* Allegare copia del documento d'identità del Delegante