

## MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO

### DATI ANAGRAFICI DELLA/DEL DIPENDENTE ISCRITTA/O A SAN.ARTI.

\* Nome \_\_\_\_\_ \* Cognome \_\_\_\_\_  
\* Nata/o a \_\_\_\_\_ \* Provincia \_\_\_\_\_ Stato estero \_\_\_\_\_  
\* Il       \* Codice Fiscale   
\* Residente in Via \_\_\_\_\_ \* N° \_\_\_\_\_  
\* Città \_\_\_\_\_ \* Provincia \_\_\_\_\_ \* Cap   
\* Cellulare \_\_\_\_\_ \* E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Codice IBAN dell'iscritta/o, o cointestato con l'iscritta/o; 27 caratteri alfanumerici

\* IBAN

*I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.*

#### Metti una X sulla tua richiesta di rimborso

- Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
- Lenti graduate correttive
- Pacchetto Maternità
- PMA: Procreazione Medicalmente Assistita
- Grave Inabilità
- Psicoterapia
- Fisioterapia – Trattamenti fisioterapici riabilitativi
- Ausili e Protesi

Spedisci questo modulo e copia della documentazione a:

**Fondo SAN.ARTI. - Ufficio Prestazioni in Autogestione**  
**Casella Postale 7241 – Ufficio Postale Roma Nomentano – 00162 Roma**

Data       Firma dell'iscritta/o \_\_\_\_\_

*Info: [autogestione@sanarti.it](mailto:autogestione@sanarti.it); [www.sanarti.it](http://www.sanarti.it)*

*Puoi richiedere il rimborso anche on-line dalla tua Area riservata collegandoti a [www.sanarti.it](http://www.sanarti.it)*

**\*CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** - Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa pubblicata su [www.sanarti.it](http://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'iscritta/o \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER RICEVERE INFORMAZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI OFFERTE DA SAN.ARTI.** - 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](http://www.sanarti.it) per ricevere informazioni relative alle prestazioni offerte da SAN.ARTI.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'iscritta/o \_\_\_\_\_

\* \* \* \* \*

**\*CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONIUGE/CONVIVENTE -nell'ambito della PMA**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ coniuge/convivente dell'iscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di aver letto e compreso l'informativa pubblicata su [www.sanarti.it](http://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 della coniuge/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.

## **Metti una X sui documenti che ci invii in copia**

- Tickets** per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
  - Copia dei documenti di spesa: fatture, ricevute
- Lenti graduate correttive**
  - Copia della prescrizione oculista/certificazione ottico con indicazione visus
  - Copia del documento di spesa: fattura, scontrino parlante
- Pacchetto Maternità**
  - Copia del certificato di gravidanza o di gravidanza a rischio
  - Copia dei documenti di spesa: fatture, ricevute, tickets
  - Copia della lettera di dimissioni della Struttura sanitaria o della cartella ostetrica
- PMA: Procreazione Medicalmente Assistita**
  - PMA per me stessa**       **PMA per la coniuge/convivente**
  - Copia della certificazione sanitaria di ricorso alla PMA
  - Copia dei documenti di spesa: fatture, tickets, scontrini parlanti, ricevute
  - Stato di famiglia - *solo se richiedi la PMA per la tua coniuge/convivente*
- Grave Inabilità**
  - Copia del certificato di Pronto Soccorso e della certificazione INAIL con indicazione del tuo grado di invalidità - *in caso di infortunio sul lavoro*
  - Copia del certificato attestante la tua patologia rilasciato da Struttura Sanitaria Pubblica - *in caso di malattia*
  - Copia dei documenti di spesa attinenti alla tua inabilità
- Psicoterapia**
  - Copia della certificazione rilasciata dallo psichiatra con indicazione della patologia
  - Copia della iscrizione all'Albo degli Psicoterapeuti del tuo psicoterapeuta
  - Copia dei documenti di spesa: fatture, ricevute fiscali, tickets
- Fisioterapia – Trattamenti fisioterapici riabilitativi**
  - Copia della prescrizione medica con indicazione della patologia - *in caso di patologia*
  - Copia del certificato di Pronto Soccorso - *in caso di infortunio*
  - Copia dei documenti di spesa: fatture, ricevute fiscali, tickets
- Ausili e Protesi**
  - Copia della prescrizione rilasciata dal medico specialista nel campo
  - Copia del documento di spesa rilasciato da fornitore autorizzato: fattura, ricevuta, scontrino parlante