MODULO
RICHIESTA DI PRESTAZIONE/RIMBORSO PER ISCRITTI AL FONDO SANEDIL O PER I LORO FIGLI MINORENNI

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO (DATI OBBLIGATORI)		
Cognome		Nome
Nato/a a	il ___/___/_____	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
☐ OPERAIO		☐ IMPIEGATO
DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI DELL'ISCRITTO (DATI OBBLIGATORI IN CASO DI ISCRITTO MINORENNE)		
Nome e Cognome	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Nome e Cognome	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	

DATI ANAGRAFICI DEL FIGLIO MINORENNE, FISCALMENTE A CARICO (DATI OBBLIGATORI IN CASO DI PRESTAZIONE RICHIESTA PER IL MINORENNE)	
Nome e Cognome	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DICHIARO DI VOLER RICEVERE I PAGAMENTI DEI SINISTRI ALLE SEGUENTI COORDINATE BANCARIE
(Obbligatorio in caso di richiesta di rimborso)

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

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

☐ NON SONO INTESTATARIO NÈ COINTESTATARIO DI UN CONTO BANCARIO

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva alla Cassa Edile /EdilCassa di riferimento

Con la sottoscrizione dell'apposito modulo privacy, dichiaro di aver espresso al Fondo Sanedil e a UniSalute SpA il consenso al trattamento dei dati personali valevole per le finalità previste dalle rispettive informative , di cui ho preso visione.

Data ___/___/____ Firma dell'Iscritto/a* _____

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

***Firma dell'iscritto o, se iscritto minorenne, del genitore con proprio nome e cognome**

DELEGA AL "FACILITATORE"

Il/la sottoscritto/a* _____delega il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____, (Prov) ,_____ il ____/____ /_____, a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio interesse derivanti o, comunque, riconducibili al Piano Sanitario Sanedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione delle pratiche di rimborso e delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie a me riferite), autorizzando, per l'effetto, lo stesso Facilitatore a fornire e ricevere le informazioni inerenti ai miei sinistri e alle garanzie previste in polizza, con facoltà di acquisire e presentare la relativa documentazione sanitaria alla Cassa Edile/EdilCassa di riferimento.

Data ___/___/____ Firma dell'Iscritto/a _____

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

Allegare copia del documento d'identità del Delegante.

DATI ANAGRAFICI CASSA EDILE/EDILCASSA RICEVENTE

(Da compilare a cura dell'operatore della cassa solo in caso di richiesta a sportello)

Cassa Edile/EdilCassa di_____Codice CNCE_____

Cognome operatore referente_____Telefono_____

Indirizzo email referente_____

MODULO
RICHIESTA DI PRESTAZIONE/RIMBORSO PER ISCRITTI AL FONDO SANEDIL O PER I LORO FIGLI MINORENNI

RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIÀ AVVENUTA

Documentazione richiesta

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico
- ☐ copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Prestazioni pre e post ricovero
- ☐ copia prescrizioni mediche
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
- ☐ copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Ticket sanitari
- ☐ copia Ticket, fatture e/o ricevute fiscali
- ☐ copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata (non necessaria in caso di Pronto Soccorso)

Trattamenti fisioterapici riabilitativi
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
- ☐ copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
- ☐ copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio)

Prestazioni odontoiatriche particolari (ablazione tartaro)
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
- ☐ diario clinico

Implantologia/avulsione
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
- ☐ copia radiografie e referti radiografici
- ☐ diario clinico

Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
- ☐ copia prescrizione medica con quesito diagnostico
- ☐ copia radiografia pre e post prestazione e relativi referti
- ☐ diario clinico

Ortodonzia/protesi mobili dentarie, cure odontoiatriche conservative
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
- ☐ diario clinico

Ticket per prestazioni odontoiatriche
- ☐ copia Ticket e/o ricevute fiscali

Prestazioni diagnostiche particolari
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Protesi ortopediche e acustiche
- ☐ copia prescrizioni mediche
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Lenti
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
- ☐ copia attestazione variazione visus rilasciata da optometrista/oculista

Ticket per ecografie in gravidanza
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche (Monitor Salute)
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali
- ☐ copia documentazione come indicato in Guida

SEZIONE DIARIE/INDENNITÀ

Indicare data inizio____/___/____ e fine____/___/____ ricovero

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva
- ☐ copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
- ☐ copia fatture e/o ricevute fiscali

Se si tratta di documenti integrativi riferiti ad un sinistro già in essere, ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono:

N° SINISTRO _____

Questo ci permetterà di accelerare la valutazione e il rimborso.

Si allega la copia delle seguenti fatture:

NUMERO	DATA	IMPORTO	NUMERO	DATA	IMPORTO

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

Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____ _____ (Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile).

RICHIESTA DI PRESTAZIONE IN RETE

SPECIFICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA RIPORTANDO QUANTO INDICATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

_____

INDICARE NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE:

_____

DATA: ____/____/_____ **ORARIO:** _____

(N.B.: L'APPUNTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE)

Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida.

☐ Si tratta di prenotazione di pacchetto prevenzione, non è richiesta copia della prescrizione del medico curante.

In caso di Visite Specialistiche indicare il nome del medico convenzionato:_____

Data ____/____/_____ Firma _____

Firma dell'Iscritto/a o, se iscritto minorenne, del genitore con proprio nome e cognome