

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (D.P.R. 28.12.2000, n. 445, Capo III, Sezione V)

Io Sottoscritto/a	Cognome*	Nome*	
Nato/a a*	il* ___/___/___	Codice Fiscale*	
Residente in via*	N°*		CAP*
Località/Comune*	Prov*		
N° Tel. fisso	Tel cellulare*	E-mail	

* Dati obbligatori

consapevole delle sanzioni penali nelle quali potrò incorrere in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 - D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, decadrò dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 - D.P.R. 445/2000),

DICHIARO DI ESSERE

- Coniuge fiscalmente a carico e presente nel certificato di stato di famiglia del seguente Iscritto Sanedil:**
- Figlio maggiorenne fiscalmente a carico del seguente Iscritto Sanedil:**

Cognome e Nome*		
Nato/a a*	il* ___/___/___	Codice Fiscale*

* Dati obbligatori

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 NE' 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 del familiare dell'iscritto/a _____
La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

DA SOTTOSCRIVERE SOLO NEL CASO IN CUI IL FAMILIARE RICHIEDENTE VOGLIA DELEGARE L'ISCRITTO

DELEGO L'ISCRITTO SANEDIL (come sopra individuato) o il FACILITATORE (nome e cognome) _____, nato 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 Iscritto Sanedil o il Facilitatore a fornire e ricevere le informazioni inerenti ai miei sinistri e alle garanzie previste in polizza, con facoltà di ricevere e consegnare la relativa documentazione sanitaria presso la Cassa Edile/EdilCassa di riferimento.

Firma del familiare dell'iscritto/a _____
Allegare COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ del Delegante (Familiare maggiorenne).

DATI ANAGRAFICI CASSA EDILE/EDILCASSA DENUNCIANTE

(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 _____

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

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

Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19

- copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al COVID-19)

Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19

- copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al COVID-19)

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 ed 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 SE L'APPUNTAMENTO È GIÀ FISSATO:

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 l'eventuale nome del medico: _____

Data ___/___/___ Firma del familiare dell'iscritto/a _____