FORMULAR ZUR BEANTRAGUNG VON LEISTUNGEN UND ERSTATTUNGEN FÜR MITGLIEDER DES SANEDIL-FONDS ODER DEREN MINDERJÄHRIGE KINDER

MELDEAMTLICHE DATEN DES MITGLIEDS (ERFORDERLICHE DATEN)		
Nachname		Vorname
Geboren in	am ___/___/_____	Steuernummer |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
☐ ARBEITER/IN		☐ ANGESTELLTE/R
MELDEAMTLICHE DATEN DER ELTERN DES MITGLIEDS (ERFORDERLICHE DATEN IM FALLE VON MINDERJÄHRIGEN MITGLIEDERN)		
Vor- und Nachname	Steuernummer |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Vor- und Nachname	Steuernummer |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	

MELDEAMTLICHE DATEN DES STEUERLICH AUF DEM MITGLIED LASTENDEN KINDES (ERFORDERLICHE DATEN IM FALLE DER BEANTRAGUNG VON LEISTUNGEN FÜR MINDERJÄHRIGE)	
Vor- und Nachname	Steuernummer |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

HIERMIT ERKLÄRE ICH, DASS MIR DIE ZAHLUNGEN FÜR VERSICHERUNGSFÄLLE AUF FOLGENDES BANKKONTO ÜBERWIESEN WERDEN SOLLEN:
(Erforderlich für Erstattungsanträge)

Inhaber des Girokontos: _____ Bank/Post_____

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

☐ ICH BIN WEDER INHABER NOCH MITINHABER EINES BANKKONTOS

Im Falle einer Änderung der IBAN muss die zuständige Bauarbeiterkasse/EdilCassa unverzüglich informiert werden.

Mit Unterzeichnung des Formulars der Datenschutzerklärung bestätige ich, dem Sanedil-Fonds und UniSalute Spa meine Zustimmung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die in den entsprechenden Datenschutzinformationen vorgesehenen Zwecke erteilt zu haben; die entsprechenden Datenschutzinformationen habe ich gelesen.

Datum ___/___/____ Unterschrift des Mitglieds* _____

Mit ungekürzter, leserlicher Unterschrift unterzeichnen, Beglaubigung nicht erforderlich

*** Unterschrift des Mitglieds; für minderjährige Mitglieder muss ein Elternteil mit seinem eigenen Vor- und Nachnamen unterschreiben**

VOLLMACHT FÜR „DELEGIERTE/BETREUER“

Ich, der/die Unterzeichner/in*_____, bevollmächtige Herrn/Frau_____ geboren in _____ (Prov) _____ am ___/___/____ in meinem Auftrag alle mich betreffenden Vertragsverhältnisse zu verwalten, die aus dem von UniSalute S.p.A. verwalteten Sanedil-Gesundheitsplan hervorgehen oder auf diesen zurückzuführen sind (insbesondere was die mich betreffenden Erstattungsanträge und Buchungen von Gesundheitsleistungen anbelangt), und ich berechtige den Delegierten/Betreuer demzufolge, Informationen über die mich betreffenden Versicherungsfälle und den in der Versicherungspolice vorgesehenen Versicherungsschutz zu übermitteln und zu erhalten, sowie die entsprechenden Gesundheitsunterlagen bei der zuständigen Bauarbeiterkasse/Edilcassa einzureichen und von dieser in Empfang zu nehmen.

Datum ___/___/____ Unterschrift des Mitglieds _____

Mit ungekürzter, leserlicher Unterschrift unterzeichnen, Beglaubigung nicht erforderlich Ausweiskopie des Delegierten/Betreuers beifügen

MELDEAMTLICHE DATEN DES EMPFÄNGERS (BAUARBEITERKASSE/EDILCASSA)

(Vom Mitarbeiter der Bauarbeiterkasse nur im Falle der Beantragung am Schalter auszufüllen)

Bauarbeiterkasse/EdilCassa von _____CNCE-Code_____

Nachname des Sachbearbeiters _____ Telefon _____

E-Mail-Adresse des Sachbearbeiters _____

FORMULAR ZUR BEANTRAGUNG VON LEISTUNGEN UND ERSTATTUNGEN FÜR MITGLIEDER DES SANEDIL-FONDS ODER DEREN MINDERJÄHRIGE KINDER

ERSTATTUNG EINER BEREITS BEZOGENEN LEISTUNG

Erforderliche Unterlagen

Zur Beschleunigung der Erstattung bitten wir Sie, alle einen bestimmten Schadensfall betreffenden Unterlagen auf einmal zu übermitteln.

Aufenthalte in einem Krankenhaus/Heilinstitut wegen eines großen chirurgischen Eingriffs

- ☐ Kopie der kompletten Krankenakte und eventueller ärztlicher Verordnungen
- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen

Leistungen vor und nach dem Krankenhausaufenthalt

- ☐ Kopie der ärztlichen Verordnungen
- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen

Hochspezialisierte Leistungen und fachärztliche Untersuchungen

- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen
- ☐ Kopie ärztlicher Verordnungen unter Angabe der vermuteten oder festgestellten Krankheit

Gesundheitstickets

- ☐ Kopie der Tickets, Rechnungen und/oder Quittungen
- ☐ Kopie ärztlicher Verordnungen unter Angabe der vermuteten oder festgestellten Krankheit (für Notaufnahme nicht erforderlich)

Rehabilitative physiotherapeutische Behandlungen

- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen
- ☐ Kopie ärztlicher Verordnungen unter Angabe der Krankheit
- ☐ Kopie der Notaufnahmebescheinigung (bei Unfällen)

Besondere zahnheilkundliche Leistungen (Entfernen von Zahnstein)

- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen
- ☐ Klinisches Tagebuch

Implantologie/Zahnextraktion

- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen
- ☐ Kopie der Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde
- ☐ Klinisches Tagebuch

Ambulante zahnchirurgische Eingriffe

- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen
- ☐ Kopie ärztlicher Verordnungen unter Angabe der vermutlichen Diagnose
- ☐ Kopie der Röntgenaufnahmen vor und nach der Leistung und der entsprechenden Befunde
- ☐ Klinisches Tagebuch

Kieferorthopädie / herausnehmbarer Zahnersatz, konservative Zahnbehandlungen

- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen
- ☐ Klinisches Tagebuch

Ticket für zahnheilkundliche Leistungen

- ☐ Kopie der Tickets und/oder Quittungen

Besondere diagnostische Leistungen

- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen

Orthesen und akustische Prothesen

- ☐ Kopie der ärztlichen Verordnungen
- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen

Linsen

- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen
- ☐ Kopie der von einem Optometristen/Augenarzt ausgestellten Bescheinigung über die Veränderung der Sehschärfe

Ticket für Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft

- ☐ Kopie der Rechnungen und Quittungen

TAGEGELD / ENTSCHÄDIGUNGEN

Anfangsdatum____/___/____ und Enddatum____/___/____ des Krankenhausaufenthalts angeben

Aufenthalt in einem Krankenhaus/Heilinstitut wegen eines großen chirurgischen Eingriffs: Antrag auf Ersatzleistung

- ☐ Kopie der kompletten Krankenakte und eventueller ärztlicher Verordnungen
- ☐ Kopie der Rechnungen und/oder Quittungen

Tagegeld für stationäre Aufnahme bei nachgewiesener Infektion mit COVID-19

- ☐ Kopie der kompletten Krankenakte (mit Evidenz der Infektion mit COVID-19)

Tagegeld nach stationärer Aufnahme mit Intensivtherapie wegen COVID-19

- ☐ Kopie der kompletten Krankenakte (mit Evidenz der Infektion mit COVID-19)

Bitte geben Sie, wenn es sich um ergänzende Unterlagen zu einem bereits bestehenden Schadensfall handelt, die Nummer des entsprechenden Schadensfalls an: SCHADENSFALL NR. _____

Das ermöglicht uns, die Beurteilung und Erstattung zu beschleunigen.

Es werden Kopien folgender Rechnungen beigefügt:

NUMMER	DATUM	BETRAG

NUMMER	DATUM	BETRAG

Mir ist bekannt, dass UniSalute zur ordnungsgemäßen Beurteilung des Schadensfalls und zur Überprüfung der Richtigkeit der vorgelegten Kopien jederzeit berechtigt ist, auch die Vorlage der Originalkostenbelege zu fordern.

Ich bestätige außerdem, über keinen anderen Krankenversicherungsschutz zu verfügen und keine Erstattung bei anderen Versicherungen, Kassen, Fonds oder Einrichtungen für die gleiche Leistung beantragt zu haben; andernfalls entsprechende Versicherung/Kasse/Fonds/Einrichtung angeben:_____ (Obligatorische Information gemäß Art. 1910 ital. ZGB).

BEANTRAGUNG EINER LEISTUNG IM NETZWERK

DIE GEWÜNSCHTE LEISTUNG UND DIE INFORMATIONEN AUS DER ÄRZTLICHEN VERORDNUNG ANGEBEN:

_____

NAME UND ADRESSE DER VERTRAGSGEBUNDENEN EINRICHTUNG VON UNISALUTE ANGEBEN, WENN DER TERMIN BEREITS VEREINBART WURDE:

_____

DATUM: ___/___/____ **UHRZEIT:** _____

(ANM.: DER TERMIN IST FÜR SANEDIL ERST GÜLTIG, NACHDEM ER VON UNISALUTE BESTÄTIGT WURDE)

Erforderliche Unterlagen für Leistungen innerhalb des Netzwerks: Kopie des Rezepts des behandelnden Arztes und anderer eventuell im Leitfaden angegebener Unterlagen.

☐ Es handelt sich um die Anmeldung eines Vorsorgepakets; eine Kopie der Verordnung des behandelnden Arztes ist nicht erforderlich.

Für fachärztliche Untersuchungen ggf. den Namen des Arztes angeben:_____

Datum ___/___/____ Unterschrift des/der Familienangehörigen des Mitglieds_____