

C) GESUNDHEITSDIENSTE

Bitte kreuzen Sie den Betreff des Erstattungsantrags und die beigefügten Kopien der Dokumente an

RAHMEN für graduierte Korrektionsgläser

Hängen Sie folgende Unterlagen an

- Kopie der Sehveränderungsbescheinigung, ausgestellt durch einen Augenarzt/Optomtristen
- Kopie des Spesenbelegs: Rechnung, sprechende Quittung

HILFEN/GESUNDHEITSWESEN

Rollstuhl

Orthopädische Einlagen

Krücken, Stöcke, Dreifuß, Vierfuß und verschiedene Gehhilfen

(Konkretisieren) _____

Orthopädisches Stützkorsett

Orthopädisches Korsett

Orthopädische Stützen/Orthesen

Bauchbehälter

Orthopädische Schuhe

Hängen Sie folgende Unterlagen an

- Kopie der Verordnung des Facharztes
(Muss die diagnostische Frage oder die vermutete oder festgestellte Pathologie enthalten, die die Leistung erforderlich gemacht hat)
- Kopie des Spesenbelegs: vom Lieferanten ausgestellte Rechnung/Quittung

REHABILITATIONS-PHYSIOTHERAPIE-BEHANDLUNGEN

Hängen Sie die folgen Unterlagen an

- Kopie der ärztlichen Verordnung
- Kopie des Spesenbelegs: Rechnung/Quittung
(das Dokument muss den qualifizierenden Titel des Berufsarztes tragen)

SPEZIELLE PRÜFUNGEN

Hängen Sie die folgenden Unterlagen an

- Kopie des Spesenbelegs:
(das Dokument muss den qualifizierenden Titel des Berufsarztes tragen)

Die diesem Erstattungsantrag beigefügten Unterlagen (Rechnungen, Quittungen, ärztliche Verordnungen etc.) sind als Fotokopie einzureichen. Sanedil kann nach eigenem Ermessen jederzeit zur angemessenen Prüfung die Zusendung der Originalunterlagen oder zusätzliche Dokumente zu den bereits übersandten Unterlagen verlangen. Im Falle des Erhalts falscher oder gefälschter Dokumente benachrichtigt SANEDIL die zuständigen Justizbehörden für die entsprechenden Überprüfungen und die Feststellung einer etwaigen strafrechtlichen Verantwortlichkeit. Die anfallenden Gesundheitskosten dürfen bei der Steuererklärung gegebenenfalls nur im Rahmen der von dieser Kasse nicht erstatteten Beträge abgezogen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Mitglieds

EINWILLIGUNG DES FAMILIENMITGLIEDS IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN ZUR VERWALTUNG UND ERBRINGUNG DER SANEDIL-DIENSTLEISTUNGEN FÜR DEN STEUERPF LICHTIGEN EHEPARTNER, DER SICH AUS DEM FAMILIENSTAND ODER STEUERHAFTEN UNTERHALTSBERECHTIGTEN KIND ERGIBT

Im Falle eines Antrags des Mitglieds auf einen steuerlich unterhaltsberechtigten Ehegatten, der sich aus dem Familienstand ergibt / oder ein steuerlich unterhaltsberechtigtes volljähriges Kind:

(ePlatz reserviert für den Delegierenden*)

Der/Die Unterzeichnende _____

als aus dem Familienstand resultierender steuerlich unterhaltsberechtigter Ehegatte oder volljähriges Kind als steuerlich unterhaltsberechtigtes Mitglied erklärt, die auf der Sanedil-Seite Bereich Datenschutz veröffentlichten Informationen gelesen und verstanden zu haben, und erteilt die Zustimmung zur Verarbeitung personenbezogener Daten, einschließlich besonderer Kategorien von Gesundheitsdaten für die Verwaltung und Bereitstellung von ergänzenden Gesundheits- und Sozialfürsorgediensten und Kostenerstattung zugunsten des Mitglieds; er/sie akzeptiert auch, dass das Mitglied der einzige Empfänger von Mitteilungen von SANEDIL und die einzige Person ist, die befugt ist, Erstattungsanträge und andere Dokumente hochzuladen, einschließlich solcher mit Gesundheitsdaten, die an Sanedil gerichtet sind und über die Casse edili oder EdilCasse übermittelt werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Mitglieds

Die Unterschrift muss vollständig und leserlich sein und darf nicht beglaubigt sein

* Fügen Sie eine Kopie des Personalausweises des Delegierenden bei

MÖGLICHE DELEGATION AN DEN „FACILITATOR“

(Ausschließlich für Anfragen, die bei der Cassa Edile- / EdilCassa-Referenzstelle eingereicht werden)

Der/Die Unterzeichnende _____ als Mitglied des

Sanedil-Fonds delegiert Herrn / Frau _____

Geboren in _____ (Prov. _____), am ____/____/____

diesen Erstattungsantrag, einschließlich aller dazugehörigen beigefügten Unterlagen, an das Referenzbüro der Cassa Edile / Edilcassa zu übermitteln, und zwar ausschließlich zu dem Zweck, die im Sanedil-Gesundheitsplan vorgesehenen Dienstleistungen zu erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift des Mitglieds

Die Unterschrift muss vollständig und leserlich sein und darf nicht beglaubigt sein

* Fügen Sie eine Kopie des Personalausweises des Delegierenden bei