

C) GESUNDHEITSLEISTUNGEN

Bitte kreuzen Sie den Gegenstand des Erstattungsantrags an sowie die Unterlagen, die Sie als Kopien beifügen

FASSUNG für korrigierende Gleitsichtgläser

Bitte fügen Sie die folgenden Unterlagen bei

- Kopie der von einem Augenarzt/Optiker ausgestellten Bescheinigung über die Abweichung der Sehkraft
- Kopie des Kostennachweises: Rechnung, Quittung

GESUNDHEITLICHE HILFSMITTEL/AUSRÜSTUNG

- Rollstuhl
- Orthopädische Einlagen
- Krücken, Stöcke, Dreifüße, Vierfüße und verschiedene Gehhilfen

(Bitte spezifizieren) _____

- Orthopädische Büste
- Orthopädisches Korsett
- Orthopädische Stützen/Orthesen
- Abdominalstütze
- Orthopädische Schuhe

Bitte fügen Sie die folgenden Unterlagen bei

- Kopie der fachärztlichen Verschreibung
(Muss den diagnostischen Befund oder die vermutete bzw. festgestellte Erkrankung enthalten, welche die Leistung erforderlich macht)
- Kopie des Kostenbelegs: Rechnung/Quittung des Anbieters

Die diesem Erstattungsantrag beigelegten Unterlagen (Rechnungen, Quittungen, ärztliche Verordnungen usw.) müssen als Fotokopie eingereicht werden. Sanedil kann jederzeit nach eigenem Ermessen für die entsprechenden Überprüfungen die Übersendung der Originalunterlagen oder weiterer Unterlagen zusätzlich zu den bereits übermittelten verlangen. Im Falle des Erhalts von unechten oder gefälschten Dokumenten wird SANEDIL die zuständigen Justizbehörden benachrichtigen, damit diese die entsprechenden Kontrollen durchführen und eine eventuelle strafrechtliche Verantwortung einleiten können. Die entstandenen Gesundheitsausgaben können in der Steuererklärung nur bis zur Höhe der nicht von der Kasse erstatteten Beträge abgezogen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Mitglieds

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

ZUSTIMMUNG DES EINGESCHRIEBENEN IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN FÜR DIE VERWALTUNG UND ERBRINGUNG VON SANEDIL-DIENSTLEISTUNGEN

Der/Die Unterzeichnende _____

erklärt, die auf der Sanedil-Seite im Bereich Datenschutz veröffentlichten Informationen gelesen und verstanden zu haben, und erklärt sich mit der Verarbeitung personenbezogener Daten, einschließlich besonderer Kategorien von Gesundheitsdaten, für die Verwaltung und Bereitstellung von ergänzenden Gesundheits- und Sozialhilfediensten und die direkte Erstattung der in Anspruch genommenen Dienste einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift des Mitglieds

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

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