FASIV
Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Vigilanza

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO
ISCRITTI FONDO FASIV

INVIARE IL PRESENTE MODULO CON LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER IL RIMBORSO A:
F.A.S.I.V. - RIMBORSI - VIA PIEMONTE, 32 - 00187 ROMA

affinchè il FASIV possa trattare i suoi dati è necessario sottoscrivere il seguente modulo di consenso al trattamento dei dati personali
consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (art..23 e 26 D.lgs n. 196/03 - codice in materia di dati personali)

Luogo e data ..... **nome e cognome** .....

ANAGRAFICA ISCRITTO			
COGNOME	**NOME**		
NAT0/A	**IL**	**CF**	
RESIDENTE IN VIA	**COMUNE**	**PR**	**CAP**

N. TEL.	**CELL.**	**E-MAIL**

ISTITUTO DI APPARTENENZA: .....

TIPOLOGIA DI LAVORO: ☐ **VIGILANZA PRIVATA** ..... ☐ **SERVIZI FIDUCIARI** .....

PRESTAZIONI DIRETTE E DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Accertamenti prenatali ☐
Certificato di nascita, stato di famiglia o certificato equipollente
Copia fatture quietanzate inerenti le visite mediche prenatali sostenute

Analisti di laboratorio - ticket pronto soccorso ☐
Copia fatture e/o ricevute fiscali

Rimborso spese vitto e alloggio sostenute in casi di gravi interventi nei primi 5 anni di vita dei figli di lavoratori iscritti Fasiv ☐
Certificato di nascita, stato di famiglia o certificato equipollente residenza, spese albergo e/o logistica, sostenute per stare vicino al figlio

Ticket per diagnostica ☐
Copia fatture e/o ricevute fiscali

Ticket per visite specialistiche ☐
Copia fatture e/o ricevute fiscali

SI ALLEGA COPIA DELLE SEGUENTI FATTURE/TICKET

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

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, FONDO FASIV avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

AI FINI DEL RIMBORSO DIRETTO, NOTIFICO LE COORDINATE BANCARIE:

c/c intestato a : ..... **banca/ posta** .....

CODICE IBAN:

Data ..... **Firma dell'iscritto** .....