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 SICILIA, 50 - 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**	**CAP**
DOMICILIO IN VIA		**COMUNE**	**CAP**
N TEL	**CELL.**	**EMAIL**	

ISTITUTO DI APPARTENENZA: .....

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

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Accertamenti prenatali
Certificato di nascita, stato di famiglia o certificato equipollente
Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ticket per analisi di laboratorio e pronto soccorso
Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
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 o logistica, sostenute per l'evento
approvazione, intervento da parte di Unisalute ☐

Ticket per prestazioni di alta specializzazione
Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ticket per visite specialistiche
Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
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** .....