

RICHIESTA REVISIONE PRATICA DI RIMBORSO

Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24
31022 Preganziol (TV)

Il sottoscritto _____ richiede
(nome cognome dell'iscritto)

la revisione della pratica n. _____
(riportare il numero della pratica rilevabile da sms/email/lettera/area iscritto del sito)

per prestazioni fruito da _____
(nome cognome del beneficiario delle prestazioni)

con la seguente motivazione: _____

Nota Bene: allegare sempre la lettera di liquidazione della pratica per la quale si richiede la revisione.

Allega ulteriore documentazione a supporto della richiesta SI NO

Riferimenti per eventuali contatti:

 _____

 _____

Data e luogo

Firma dell'iscritto

Io sottoscritto, tenuto conto dell'Informativa già resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati per le finalità di cui alla l. a) dell'Informativa (adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate), nonché alla visibilità e alla comunicazione da parte del Fondo dei medesimi dati all'iscritto che mi ha reso beneficiario, consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni,

confermo il consenso non confermo il consenso
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

Data e luogo

Firma del beneficiario delle prestazioni⁽¹⁾

⁽¹⁾ Per i minori di anni 18 è necessaria la firma di chi esercita la potestà.