www.fasi.it

FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
Via Vicenza, 23 - 00185 ROMA

Servizi Telefonici con Operatore
Servizi Telefonici Automatici (24 ore)
Tel. 06/518911

NUMERO POSIZIONE FASI

NOMINATIVO ISCRITTO _____

ANNO _____ TRIMESTRE _____

SUPERIORE AD € 2.500,00 SI NO

RICHIESTA TRIMESTRALE DI PRESTAZIONI

ATTENZIONE! QUESTO MODULO: NON DEVE ESSERE UTILIZZATO PER LE RICHIESTE INERENTI PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE
ALLEGARE ESCLUSIVAMENTE DOCUMENTAZIONE IN FOTOCOPIA

PRESTAZIONE RELATIVA A: (BARRARE LA CASELLA)			INDICARE IL NOMINATIVO DI CHI HA EMESSO IL DOCUMENTO DI SPESA (NOME DEL MEDICO, DELLA CASA DI CURA, DEL CENTRO SPECIALISTICO, ECC.)	DATA FATTURA	N° FATTURA	IMPORTO ESCL. IVA	IMPORTO IVA	*
Dirig.	Coniuge	Fam.						
					TOTALE			

* Indicare con asterisco se trattasi di spesa sostenuta per evento che dipenda da responsabilità di terzi.

Dichiaro di aver preso visione delle "istruzioni per la compilazione delle richieste trimestrali di prestazioni" e di aver allegato esclusivamente documentazione in fotocopia.

Data _____ Firma dell'iscritto o di chi per _____

Da compilare esclusivamente se iscritto ad un Fondo/Cassa integrativo FASI accreditato (Verificare l'elenco sul sito internet www.fasi.it)

Richiedo che i miei dati personali e sensibili relativi alla liquidazione della presente richiesta, di rimborso siano trasmessi al Fondo/Cassa sotto elencato, erogante prestazioni integrative a quelle del FASI, e a tal fine presto anche il mio consenso ex artt. 13 e 23 del D.Lgs. 193/03, sollevando in ogni caso il FASI da ogni e qualunque responsabilità conseguente:

Fondo/Cassa .....

Eventuale codice personale di iscrizione al Fondo/Cassa: .....

Firma dell'iscritto .....

PRESTAZIONE RELATIVA A: (BARRARE LA CASELLA)			INDICARE IL NOMINATIVO DI CHI HA EMESSO IL DOCUMENTO DI SPESA (NOME DEL MEDICO, DELLA CASA DI CURA, DEL CENTRO SPECIALISTICO, ECC.)	DATA FATTURA	N° FATTURA	IMPORTO ESCL. IVA	IMPORTO IVA	*
Dirig.	Coniuge	Fam.						