

Antrag um Vergütung von medizinisch notwendigen Sachleistungen im Ausland laut Art. 25 der EG-Verordnung 987/2009

Innerhalb von 3 Monaten ab Bezahlung der Spesenbelege einzureichen.

Der/Die Unterfertigte (Nach- und Vorname)

geboren am

geboren in

Steuernummer

wohnhaft in (Gemeinde und Postleitzahl PLZ)

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Tel. Nummer

E-Mail

Zertifizierte E-Mail (PEC)

ist sich der strafrechtlichen Verantwortung laut Art. 76 des D.P.R. 445 vom 28.12.2000 im Falle von unwahren Erklärungen und Gebrauch von falschen Akten im Klaren und

ersucht

☐ für sich

☐ für die/den Familienangehörige/n

geboren am

Steuernummer

um Vergütung der beanspruchten Leistungen, wie aus beiliegenden originalen Spesenbelegen ersichtlich und um Auszahlung des Betrages

☐ mittels Banküberweisung auf das Bank-Kontokorrent des/der Begünstigten, lautend auf Herrn/Frau:

IBAN

Name der Bank-Filiale

Domanda di rimborso spese per prestazioni sanitarie mediche necessarie fruite all'estero ai sensi art. 25 Reg. Ce 987/2009

Da inoltrarsi entro 3 mesi dalla data di pagamento delle fatture.

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/nata il

nato/nata a

codice fiscale

residente a (comune e codice postale CAP)

indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

numero telefonico

e-mail

posta elettronica certificata (PEC)

è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e

chiede il rimborso

☐ per sé

☐ per il familiare

nata/o il

codice fiscale

della spesa, secondo la documentazione allegata in originale e la liquidazione dell'importo spettante

☐ tramite bonifico bancario sul c/c bancario intestato al/la beneficiario/a Sig./ra:

nome della Banca/Agenzia

erklärt,

- dass der Grund des Aufenthaltes im Ausland nicht die Inanspruchnahme von Leistungen war.
- Aufenthaltsstaat
in der Zeit von bis
- die Gesundheitsleistungen im Ausland aus folgenden Gründen in Anspruch genommen zu haben:

dichiara

- che lo scopo del soggiorno all'estero non era per motivi di cura.
- Stato di temporaneo soggiorno
nel periodo dal al
- di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi:

Beanspruchte Leistungen – siehe beiliegende originale Spesenbelege: Prestazioni fruite – vedi documenti allegati in originale:	Betrag (Währung ____) Importo (Valuta ____)

Bezüglich der Vergütung der vorgelegten Ausgaben wird der Südtiroler Sanitätsbetrieb hiernit ermächtigt, zwecks Tarifierung der beiliegenden Spesenbelege die persönlichen Daten des/der Antragstellers/-in der ausländischen Kasse mitzuteilen.

Ai fini del rimborso delle prestazioni documentate, il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ad inviare i dati personali dell'assistito all'istituzione estera per la tariffazione della spesa documentata.

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der Daten erfolgen gemäß EU-Verordnung Nr. 679 vom 27. April 2016 (Datenschutzgrundverordnung) und GvD Nr. 196/2003, wie abgeändert vom GvD Nr. 101/2018. Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb (<https://www.sabes.it/de/privacy>).

La raccolta, il trattamento e la conservazione dei dati avvengono nel rispetto del Regolamento UE n. 679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e il Dlgs n. 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (<https://www.asdaa.it/it/privacy>).

Ort und Datum | Luogo e data

leserliche Unterschrift | firma leggibile
des/der Antragstellers/-in | del/della richiedente