

Fax che il SOCIO FISDE deve inviare preventivamente a Aon per richiedere la prestazione ospedaliera in network e godere dell'assistenza con pagamento diretto a carico del FISDE

Data,

A: Spett.le AON

FAX N°: 0287230501

MAIL: fisde-onenet@eni.com

DA: Sig./Sig.ra: _____

Telefono: _____ **Fax:** _____

RICHIESTA PRESTAZIONE OSPEDALIERA IN NETWORK

RICOVERO CON INTERVENTO:

RICOVERO SENZA INTERVENTO:

INTERVENTO AMBULATORIALE:

PREVENTIVO DI SPESA EURO:

Nome/Cognome Socio: _____ **Codice Socio:** _____

Codice Fiscale: _____

Nome/Cognome della persona che deve usufruire della prestazione medica diretta:

(da indicare solo se diverso dal Socio)

Codice Fiscale: _____

Il Socio: _____

con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura Sanitaria

SI NO

e/o dalla équipe medica e/o dal Professionista Medico SI NO

convenzionati con AON, nel rispetto delle condizioni previste dalle Norme del FISDE.

STRUTTURA COVENZIONATA: _____

NOMINATIVO DEL MEDICO: _____

Convenzionato SI NO

PATOLOGIA (ove richiesta): _____

(come da certificato medico allegato alla presente)

DATA PREVISTA DI INGRESSO: _____

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nelle Norme del FISDE:

- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nelle Norme del FISDE;
- autorizza il FISDE a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla Struttura Sanitaria e/o Professionista Medico;
- si impegna altresì a pagare alla Struttura Sanitaria tutte le prestazioni non contemplate dalle Norme del FISDE ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della Struttura Sanitaria e/o Professionista Medico;
- si impegna a rimborsare a posteriori al FISDE, le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle Norme del FISDE, gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i propri dati personali saranno trattati da AON in qualità di responsabile del trattamento, secondo quanto previsto nell'informativa privacy del FISDE e in virtù del consenso al trattamento dei dati personali rilasciato all'atto di iscrizione.

Firma del Socio per accettazione: _____