

DENTISTA PER LA FAMIGLIA

DICHIARAZIONE RESA AI FINI DEL RIMBORSO CADIPROF GARANZIA IMPLANTOLOGIA CONIUGE/CONVIVENTE

I SOTTOSCRITTI

Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____

Iscritto alla CADIPROF Cassa di Assistenza Sanitaria Integrativa per i Lavoratori degli Studi Professionali

E

Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____

In qualità di Coniuge/Convivente non fiscalmente a carico,

consapevoli delle responsabilità derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e dalla conseguente concessione del beneficio riconosciuto sulla base di una dichiarazione non veritiera,

DICHIARANO

Di essere a conoscenza che le spese chieste a rimborso dall'iscritto Cadiprof nella pratica inviata ai nostri uffici in data¹⁾ _____ per la garanzia Riabilitazione protesica tramite impianto osteointegrato, potranno essere oggetto di integrale o parziale rimborso in base alle disposizioni e massimali della garanzia. L'iscritto riceverà, a seguito della valutazione della pratica, la comunicazione riepilogativa di rimborso con il dettaglio delle spese sostenute e rimborsate.

1) Riportare la data inserita nel modulo di richiesta rimborso.

Data _____

Firma dell'iscritto _____

Firma del familiare _____