

ALLEGATO 1

Il/la Sottoscritto/a _____

C.F. _____ in qualità di Assicurato Metasalute

Attesta che

non sono presenti strutture sanitarie convenzionate nel raggio dei 30 km dalla propria residenza per l'esecuzione delle seguenti prestazioni:

- Cure Dentarie
- Sigillatura denti figli minorenni
- Interventi chirurgici odontoiatrici
- Protesi solo su elementi trattati endodonticamente o chirurgicamente in vigenza di copertura

non sono presenti strutture sanitarie convenzionate nella propria provincia di residenza per l'esecuzione delle seguenti prestazioni:

- Ricovero in Istituto di Cura per intervento chirurgico (garanzia A.1)

Chiede

che le spese allegate siano liquidate alle condizioni previste nel caso di utilizzo del regime di Assistenza Diretta per la garanzia sopra selezionata.

Data compilazione: _____

Firma dell'Assicurato: _____

ALLEGATO 2

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la

Sottoscritto/_____

_____ C.F._____

nato a _____ (____) il___/___/___, residente a
_____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

dichiara

che l'ultimo verbale in suo possesso è quello datato _____
che allega alla presentazione della richiesta di ottenimento dell'una tantum previsto dalla garanzia lettera F) INVALIDITA' PERMANENTE

Alla data odierna del _____

dichiara

di non essere stato sottoposto a nuova revisione rispetto a quanto attestato nel verbale allegato

e di non avere più nulla a pretendere

anche nel caso in cui, ad esito di un'eventuale *revisione* successiva alla presentazione della domanda di rimborso una tantum per il triennio 2024-2026 prevista dalla garanzia F) invalidità permanente, venga assegnata una percentuale maggiore di invalidità.

Data _____

Firma del dichiarante_____

(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

ALLEGATO 3

Il/la Sottoscritto/a _____

C.F. _____ in qualità di Assicurato Metasalute

dichiara

di essere a conoscenza che il pagamento di una prestazione sociale è alternativo a quello delle prestazioni sanitarie e, che, pertanto, con il riconoscimento di una prestazione sociale, non sarà più possibile richiedere l'indennizzo – né in forma diretta, né a rimborso - per prestazioni sanitarie effettuate dal sottoscritto o dal proprio nucleo familiare nel corso dell'annualità cui la prestazione sociale si riferisce.

Consapevole di quanto sopra dichiarato, il sottoscritto

conferma

di volere richiedere la prestazione sociale di cui alla garanzia H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO relativa all'anno _____ e si impegna a non avanzare richieste di indennizzo per prestazioni sanitarie effettuate dal sottoscritto e dal proprio nucleo familiare per la medesima annualità cui la prestazione sociale si riferisce.

Data _____

Firma dell'Assicurato _____