



Der Antragsteller nimmt die Statuten, die Geschäftsordnung und den Leitfaden für die Funktionsweise des Südtiroler Sanitätsfonds – Sektor Bau zur Kenntnis und ersucht um Rückerstattung der angeführten Leistung.

Der Antragsteller verpflichtet sich, dem Ansuchen das Auszahlungsschreiben beizulegen, sofern die hier beantragte Leistung bereits teilweise erstattet wurde (durch eine private Versicherung/über die Sanitätseinheit).

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller

(für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person  
im Besitz der Vormundschaft)

## KURZE DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist der Südtiroler Sanitätsfonds, der unter folgender E-Mail-Adresse zu erreichen ist: info@sani-fonds.it; PEC: sani-fonds@secure-pec.it; Datenschutzbeauftragter (DPO – Data Protection Officer) ist das Unternehmen ReNorm GmbH (renorm@legalmail.it).

Die personenbezogenen Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen, werden unter anderem verarbeitet, um Ihre Anträge für die Rückerstattung und gegebenenfalls, sofern vorgesehen, die Ihrer Familienangehörigen gemäß den Bestimmungen des Südtiroler Sanitätsfonds zu bearbeiten, und zwar so lange, wie es für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben wurden, unbedingt erforderlich ist. Zu diesen Zwecken ist die Bereitstellung der Daten erforderlich, und eine vollständige oder teilweise Verweigerung der Daten macht es unmöglich, den Antrag auf Rückerstattung zu bearbeiten und die Leistung auszubezahlen. Es werden besondere Sicherheitsvorkehrungen getroffen, um Datenverlust, unerlaubte oder falsche Verwendung und unbefugten Zugriff zu verhindern. Die betroffene Person kann die in den Art. 15-22 der Verordnung (EU) 2016/679 festgelegten Rechte ausüben. Weitere Informationen finden Sie im ausführlichen Informationsblatt über die Verarbeitung personenbezogener Daten, das auf unserer Website (Abschnitt "Formulare") heruntergeladen werden kann: <https://www.sani-fonds.it/bausektor/formulare>

## IM FONDS EINGESCHRIEBENE/R

Ich Unterfertigte/r, eingeschrieben beim Südtiroler Sanitätsfonds, im Hinblick auf die Datenschutzerklärung (ex art. 13-14 GDPR 2016/679) – die unter folgendem [link](#) abrufbar ist – und in Bezug auf die Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten, die unter besondere Kategorien personenbezogener Daten fallen (z.B. Daten, die Aufschluss über den Gesundheitszustand geben), in dem Bewusstsein, dass es dem Südtiroler Sanitätsfonds ohne meine Zustimmung unmöglich ist, die notwendigen Formalitäten für die Erbringung der Leistungen durchzuführen:

→  **stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten zu, die in diesem Antrag enthalten sind\***

\*Bitte beachten Sie, dass Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem „Erstattungsantrag“ ausdrücklich der Verarbeitung Ihrer persönlichen und sensiblen Daten zustimmen, die für die Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags erforderlich sind.

→

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller

(für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im  
Besitz der Vormundschaft)

### IM FONDS EINGESCHRIEBENES FAMILIENMITGLIED - LEISTUNGSBERECHTIGTE/R

Ich Unterfertigte/r, eingeschriebenes Familienmitglied (Leistungsberechtigte/r), im Hinblick auf die Datenschutzerklärung (ex art. 13-14 GDPR 2016/679) – die unter folgendem [link](#) abrufbar ist – und in Bezug auf die Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten, die unter besondere Kategorien personenbezogener Daten fallen (z.B. Daten, die Aufschluss über den Gesundheitszustand geben), in dem Bewusstsein, dass es dem Südtiroler Sanitätsfonds ohne meine Zustimmung unmöglich ist, die notwendigen Formalitäten für die Erbringung der Leistungen durchzuführen:

→  **stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten zu, die in diesem Antrag enthalten sind\***

\*Bitte beachten Sie, dass Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem „Erstattungsantrag“ ausdrücklich der Verarbeitung Ihrer persönlichen und sensiblen Daten zustimmen, die für die Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags erforderlich sind.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Leistungsberechtigte/r

(für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im  
Besitz der Vormundschaft)

## ÜBERMITTLUNG DER DOKUMENTATION

**Mittels E-Mail an: [sani@bauarbeiterkasse.bz.it](mailto:sani@bauarbeiterkasse.bz.it)**

Persönlich oder per Post: Südtiroler Sanitätsfonds, Marie Curie Straße 15, 39100 Bozen oder  
Bauarbeiterkasse der Autonomen Provinz Bozen, Marconi Straße 2, 39100 Bozen



## Formular Zahnarztespesen

**Das vorliegende Formular muss vom Zahnarzt ausgefüllt und unterschrieben werden.**

Es werden die Leistungen erstattet, die in der Leistungsordnung der Südtiroler Sanitätsfonds – Sektor Bau vorgesehen sind.

Für den Erhalt der Rückerstattung muss die nachstehende Tabelle ausgefüllt werden. Dabei müssen die Anzahl der durchgeführten Behandlungen sowie die Position des behandelten Zahnes und die entsprechenden Detailkosten angegeben werden.

### ZAHNERHALTUNG

LEISTUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Füllungen nach den BLACK-Klassen	_____	_____	_____
Einlagenfüllung (Inlay, Onlay, Overlay)	_____	_____	_____
Zahnrekonstruktionen mit Schraube oder Stift – je Element	_____	_____	_____
Wurzelkanalbehandlung an einem ein- oder mehrwurzeligen Zahn	_____	_____	_____
Revision einer Wurzelbehandlung	_____	_____	_____

### IMPLANTOLOGIE

LEISTUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	_____	_____	_____
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	_____	_____	_____
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	_____	_____	_____

Inbegriffen: Zahnextraktion, erster vorbereitender Eingriff, individueller Abdrucklöffel, Gebissabdruck, provisorischer Anbau, zweiter Eingriff, Positionierung Implantat-Aufbau, endgültiger Aufbau, Abutment, provisorische Zahnkronen auf dem Implantat.



## PROTHETIK

LEISTUNGEN	LEISTUNGS- BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Endgültige entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	_____	_____	_____	_____
Provisorische entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	_____	_____	_____	_____
Abnehmbare Totalprothese je Kieferbogen, mit Kunstharz- oder Keramikzähnen	_____	_____	_____	_____
Sofortige Totalprothese (je Kieferbogen)	_____	_____	_____	_____
Einzelne Semipräzisions-/ Präzisionsverankerung	_____	_____	_____	_____
Skelettiergerät	_____	_____	_____	_____
Einfügen eines Elements auf Teil- prothese oder Skelettiergerät	_____	_____	_____	_____
Reparatur von Prothesen	_____	_____	_____	_____
Prothetische Krone	_____	_____	_____	_____
Mantelkrone aus Kunstharz (je endgültiges Element)	_____	_____	_____	_____
Stift für Zahnstumpf und/oder Rekonstruktion	_____	_____	_____	_____
Verblendkrone aus LP oder LP mit Kunstharz-Veneer oder LP mit gefrästem Kunstharz-Veneer (je Element)	_____	_____	_____	_____
Provisorische verstärkte Krone (LNP oder LP – je Element)	_____	_____	_____	_____
Rekonstruktion des Zahnstumpfs aus Verbundmaterial (je Element)	_____	_____	_____	_____

## CHIRURGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGS- BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Extraktion Zahn oder Wurzel oder Milchzahn (mit oder ohne Narkose)	_____	_____	_____	_____
Chirurgischer Eingriff bei Follikular- oder Wurzelzysten	_____	_____	_____	_____
Chirurgischer Eingriff bei Zahnabszess mit endodontischen Instrument in Kanallumen	_____	_____	_____	_____
Chirurgischer Eingriff bei Adamantinom oder Odontom	_____	_____	_____	_____
Entfernung des Implantats in der Kieferhöhle	_____	_____	_____	_____

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

## ÜBERMITTLUNG DER DOKUMENTATION

**Mittels E-Mail an: [sani@bauarbeiterkasse.bz.it](mailto:sani@bauarbeiterkasse.bz.it)**

Persönlich oder per Post: Südtiroler Sanitätsfonds, Marie Curie Straße 15, 39100 Bozen oder  
 Bauarbeiterkasse der Autonomen Provinz Bozen, Marconi Straße 2, 39100 Bozen