

MODULO RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONE SPESE SANITARIE [MOD. R01]

ISCRITTO

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____ M F _____

E-MAIL* _____ RECAPITO TELEFONICO _____
*Indicando l'indirizzo di posta elettronica autorizza il Fondo all'invio di comunicazioni tramite e-mail

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____ LUOGO E CAP DI RESIDENZA _____

TIPO LAVORATORE OTI [] OTD []

DA COMPILARE PER I LAVORATORI AVVENTIZI (OTD)

In qualità di operaio a tempo determinato con n° _____ giornate lavorate nell'anno _____ (anno precedente a quello dell'evento)

Assunto presso la/e seguente/i Aziende:

RAGIONE SOCIALE _____ PARTITA IVA o CODICE FISCALE _____ COMUNE E PROVINCIA _____ NUMERO GIORNATE _____

RAGIONE SOCIALE _____ PARTITA IVA o CODICE FISCALE _____ COMUNE E PROVINCIA _____ NUMERO GIORNATE _____

ALLEGATI: Attestazione INPS delle gg lavorate e attestazione datore di lavoro. (Le prestazioni saranno erogate in base alle giornate per le quali è stata versata la contribuzione ad EBAN)

Chiede che gli vengano erogate le prestazioni previste, allegando la documentazione richiesta dal regolamento, per: [] il familiare

Il/la sottoscritto/a assicurato/a autorizza i familiari conviventi, di cui di seguito indica le generalità, ad accedere ed usufruire delle prestazioni assicurative discendenti dal proprio vincolo associativo, esprimendo specifico consenso

Cognome e Nome (in stampatello) _____ C.F.: _____

[] CONSENTO [] NON CONSENTO

In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Intervento Chirurgico o Ricovero con degenza pari o superiore a 4 pernottamenti

Allegati:

- Lettera dimissioni ospedaliera
- Autocertificazione dello stato di famiglia con grado di parentela (se per un familiare)
- Fatture di eventuali spese sostenute per i ricoveri

Infortunio sul lavoro (solo per il Titolare)

Allegati:

- Certificato pronto soccorso
- Copia denuncia d'infortunio all'INAIL da parte del Datore di lavoro
- Grado di invalidità permanente stabilito dall'INAIL (anche inviato successivamente alla richiesta)
- Copia verbale delle Autorità di PS sulla dinamica dell'infortunio in itinere

Morte (solo per il Titolare)

Allegati:

- Certificato di morte
- Dichiarazione sostitutiva atto notorio eredi
- Aut. Giudice Tutelare (figli minori)
- Copia verbale delle Autorità di PS sulla dinamica dell'infortunio in itinere

Accertamenti diagnostici (solo quelli previsti dal regolamento)

Allegati:

1. Fattura
2. Prescrizione medica o referto con specificata la presunta/accertata patologia

DATI PER IL RIMBORSO

I Fondo può effettuare il bonifico solo sulle coordinate bancarie intestate o cointestate al titolare di polizza.

CODICE IBAN (27 caratteri)

DELEGA AD AGIRE

Il/la sottoscritto/a assicurato delega il/la _____ Via/Piazza _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____ C.F. o P.IVA _____

ad agire in proprio nome e per proprio conto al fine di avviare le procedure di copertura assicurativa a cui il medesimo ha diritto in virtù del proprio vincolo associativo, autorizzandolo/a a richiedere informazioni, prendere contatti, inviare e ricevere documentazione, autorizzare pagamenti.

Esclusivamente per le finalità assicurative e lo svolgimento delle attività strettamente connesse, sopra indicate, autorizzo il/la delegato/a al trattamento dei dati anche particolari.

[] CONSENTO [] NON CONSENTO

In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Per il dipendente iscritto

AFFINCHÉ IL FONDO E UNIPOLSAI POSSANO TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE PARTICOLARI PER FINALITÀ ASSICURATIVE (art. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016))

Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, anche disponibile sul sito www.fondofisa.it nella sezione *Normativa*, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari necessari per le finalità associative ed assicurative indicate nell'Informativa.

Cognome e Nome dell'iscritto (in stampatello) _____

[] CONSENTO [] NON CONSENTO

In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Luogo e data _____

Firma del dipendente iscritto _____

Per il familiare

AFFINCHÉ IL FONDO E UNIPOLSAI POSSANO TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE PARTICOLARI PER FINALITÀ ASSICURATIVE (art. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016))

Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, anche disponibile sul sito www.fondofisa.it nella sezione *Normativa*, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari necessari per le finalità associative ed assicurative indicate nell'Informativa, e accetto che l'iscritto principale sia l'unico destinatario delle comunicazioni da parte del Fondo e l'unico soggetto abilitato a caricare nell'area riservata, richieste di rimborso o altri documenti (inclusando i dati relativi alla mia salute).

Cognome e Nome del familiare (in stampatello) _____

[] CONSENTO [] NON CONSENTO

In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Luogo e data _____

Firma del familiare _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016)

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto associativo. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Per lo svolgimento delle attività connesse al vincolo associativo i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione dei servizi assicurativi e/o di elaborazione ed invio di materiale informativo sulle attività del Fondo.

L'elenco aggiornato dei responsabili, delle Compagnie Assicuratrici e delle società incaricate per l'elaborazione ed invio del materiale informativo, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta al Fondo.

Per la gestione e copertura delle prestazioni assicurative a cui ha diritto in qualità di associato al Fondo, i suoi dati saranno comunicati e trattati dalle Compagnie Assicuratrici. Le Compagnie Assicuratrici tratteranno i suoi dati sulla base delle proprie informative, disponibili anche nella sezione *Normativa* del sito www.fondofisa.it.

Il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti.

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni assicurative richieste e connesse al vincolo associativo.

I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati.

In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail **dpo@fondofisa.it**

Il titolare del trattamento dati è FONDO FISA con sede legale in Via G.B. Morgagni, 33 — 00161 Roma
amministrazione@fondofisa.it

VADEMECUM - COMPILAZIONE RICHIESTA DI RIMBORSO

La documentazione per la richiesta di rimborso dovrà essere inviata presso la sede operativa del Fondo o tramite posta elettronica.

INDIRIZZO SEDE OPERATIVA

FONDO FISA
Via G.B. Morgagni, 33
00161 - Roma

EMAIL

fondofisa@pec.it
info@fondofisa.it
[invio allegati SOLO in PDF – formato non superiore a 5MB]

Il modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte e spedito ad ogni richiesta di rimborso. **In mancanza del consenso alla privacy, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.** In caso di richieste per figli minori, il consenso al trattamento dei dati sensibili dovrà essere rilasciato tramite firma di entrambi i genitori.

Per una corretta istruttoria della pratica, compilare un modulo per ogni persona, barrando la tipologia di rimborso che interessa.

Le ricevute di pagamento dovranno riportare intestatario, data, numero documento, dettaglio prestazione effettuata e il relativo costo.

Prestazioni e relativa documentazione richiesta (barrare i quadratini delle prestazioni che interessano)

- **Ricovero in Istituto di cura e richiesta indennità giornaliera*:**

- Cartella clinica completa

- **Ricovero in Istituto di cura e richiesta rimborso spese*:**

- Cartella clinica completa
- Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
- Fatture e/o ricevute fiscali di pagamento inerenti al ricovero

In caso di morte allegare anche:

- certificato di morte
- fattura funebre
- atto notorio eredi
- delega eredi ad uno di loro per la riscossione
- autorizzazione del Giudice Tutelare (in caso di eredi minori)

- **Accertamenti diagnostici extra ricovero*:**

- Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
- Fatture e/o ricevute fiscali di pagamento

- **Non autosufficienza (solo per l'iscritto)**:**

- Certificazione che attesti tale condizione e che venga giudicato "consolidato"
- Certificazione che attesti che tale condizione sia originata esclusivamente da una delle seguenti patologie: Sclerosi multipla, Ictus, Alzheimer, SLA, Parkinson e Infortunio sul lavoro
- Certificazione che attesti l'impossibilità fisica totale e permanente di effettuare da solo 3 (tre) dei 4 (quattro) "atti ordinari della vita"

- **Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici*:**

- Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
- Fatture e/o ricevute fiscali di pagamento

- **Cure dentarie da infortunio*:**

- Certificato del Pronto Soccorso
- Fatture e/o ricevute fiscali di pagamento

- **Infortunio sul lavoro e/o in itinere (solo per l'iscritto):**

- Certificato del Pronto Soccorso
- Denuncia infortunio del datore di lavoro all'INAIL
- Verbale dell'autorità di P.S. sulla dinamica dell'incidente (nel caso d'infortunio in itinere)

In caso di trattamenti fisioterapici riabilitativi allegare anche:

- Prescrizioni mediche con indicazione patologia accertata
- Fatture e/o ricevute fiscali di pagamento

In caso d'invalidità permanente allegare anche:

- Grado d'invalidità stabilito dall'INAIL. (il cert. può essere inviato anche successivamente alla presentazione della domanda)

In caso di morte allegare anche:

- Certificato di morte
- Fattura funebre
- Atto notorio eredi
- Delega degli eredi ad uno di loro per la riscossione
- Autorizzazione del Giudice Tutelare (in presenza di eredi minori)

- **Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero*:**

- Prescrizioni mediche con quesito diagnostico o patologia accertata
- Radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, adamantinoma, odontoma e ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- Radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e/o radicolari
- Fatture e/o ricevute fiscali di pagamento inerenti all'intervento

* allegare lo stato di famiglia o in alternativa l'autocertificazione, presente nella "modulistica" all'interno del ns sito, se la richiesta riguarda un familiare (coniuge o convivente more uxorio e figli fino a 26 anni di età).

** allegare il "modulo di denuncia sinistro per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente" presente nella "modulistica" all'interno del ns sito.

N.B. La spedizione della pratica deve avvenire entro 2 anni dalla dimissione ospedaliera e/o dall'emissione della fattura/ricevuta di pagamento.

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta, il FISA avrà sempre la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal Fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.