

MODULO RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONE SPESE SANITARIE [MOD.01R]**ISCRITTO**

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____

 CODICE FISCALE

 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 _____

AZIENDA

RAGIONE SOCIALE _____

PARTITA IVA o CODICE FISCALE _____

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.
ELENCO PRESTAZIONI E SPESE

- Ricovero in Istituto di cura richiesta indennità giornaliera
- Ricovero in Istituto di cura richiesta rimborso prestazione pre, durante e/o post ricovero
- Intervento Ambulatoriale oculistico/dermatologico
- Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici
- Prestazioni di Alta Diagnostica Radiologica
- Trattamenti Fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio sul lavoro *
- Stato di non autosufficienza *
* solo per il titolare della polizza

- Pacchetto Maternità
- Protesi ed Ausili medici ortopedici ed acustici
- Lenti ed occhiali
- Prevenzione odontoiatrica
- Cura di una carie (SOLO bambini da 6 a 14 anni)
- Implantologia
- Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero
- Cure dentarie da infortunio

NUMERO FATTURA	DATA	IMPORTO **

** importo senza imposta di bollo

NUMERO FATTURA	DATA	IMPORTO **

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
Da compilare solo nel caso in cui si deleghi un patronato, sindacato, ecc...

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
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI – GDPR (Reg. UE 2016/679)

 Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, anche disponibile sul sito www.fondofasa.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
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI – GDPR (Reg. UE 2016/679)

 Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, anche disponibile sul sito www.fondofasa.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.

Il/La sottoscritto/a accetta 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 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 da UniSalute. UniSalute provvederà, nel caso in cui si scelga di accedere direttamente alle prestazioni in Strutture Convenzionate, a comunicare mensilmente al Fondo, tutti i dati riguardanti le prestazioni erogate, tale da consentire al medesimo Fondo la verifica delle prestazioni ed il corretto adempimento del vincolo assicurativo sottoscritto con UniSalute.

UniSalute tratterà i suoi dati sulla base della propria informativa, disponibile anche nella sezione *Normativa* del sito www.fondofasa.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. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.

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 e di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

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

Il titolare del trattamento dati è **FONDO FASA** con sede operativa in Via G.B. Morgagni, 33 — 00161 Roma
amministrazione@fondofasa.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 FASA
Via G.B. Morgagni, 33
00161 - Roma

EMAIL

info@fondofasa.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.

Ricovero / Day hospital

barrare la preferenza tra indennità giornaliera o rimborso spese (una esclude l'altra). In assenza di scelta o di selezione multipla, il Fondo provvederà a liquidare in base al trattamento di miglior favore. Per questo motivo, l'invio della documentazione dovrà essere effettuato in un'unica soluzione, per singolo evento. Allegare copia della cartella clinica (completa della scheda di dimissione ospedaliera SDO), tutta la documentazione medica e relative spese sostenute pre, durante e post ricovero.

Intervento chirurgico ambulatoriale oculistico/dermatologico

copia prescrizione medica, copia fatture e/o ricevute fiscali pre, durante e post intervento, copia referto operatorio (tipo intervento, zona anatomica interessata, etc..) copia referti accertamenti diagnostici (diottrie, referto istologico, etc..).

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici/ Prestazioni di alta diagnostica

copia della ricevuta di spesa, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico (la patologia presunta o accertata) che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Terapie post infortunio sul lavoro (valido solo per il Titolare di polizza)

copia della ricevuta di spesa, copia della richiesta del medico curante con la specifica del numero di sedute e il tipo di fisioterapia richiesta, copia del certificato di Pronto Soccorso e copia della denuncia di infortunio INAIL.

Pacchetto maternità

copia delle ricevute di pagamento e certificato di gravidanza.

Protesi/Ausili medici ortopedici ed acustici

copia delle ricevute di pagamento e prescrizione medica con il motivo che ha reso necessario l'acquisto/noleggio dell'ausilio.

Lenti

copia della ricevuta di pagamento, certificazione modifica visus (vista) rilasciata da medico oculista o ottico optometrista. In alternativa alla certificazione dell'oculista, specchietti diottrie vecchie e attuali al momento dell'acquisto lenti. In caso di primi occhiali, si necessita della certificazione dell'oculista o dell'ottico optometrista in cui sia specificato che trattasi di acquisto prime lenti.

Prevenzione odontoiatrica / Cure Carie (solo per i bambini dai 6 ai 14 anni)

copia ricevuta di pagamento in cui sia evidente la prestazione effettuata e il relativo costo, scheda anamnestica compilata dal medico curante.

Implantologia

copia delle ricevute di pagamento, radiografie originali pre e post trattamento, piano di cure e scheda anamnestica compilata dal medico curante.

Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero

copia delle ricevute di pagamento, radiografie originali, referto radiologico, referto istologico (solo in caso di cisti), scheda anamnestica compilata dal medico curante.

Cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio

copia delle ricevute di pagamento, copia del certificato di Pronto Soccorso, radiografie originali e referti radiologici, scheda anamnestica compilata dal medico curante.

Stati di non autosufficienza (valido solo per il Titolare di polizza)

documentazione relativa alle spese sostenute, certificato attestante lo stato consolidato o temporaneo di non autosufficienza e il "modulo di denuncia sinistro per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza".

