

CODICE ISCRITTO

MODULO RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONE SPESE SANITARIE [mod. 01R-D]

ISCRITTO

COGNOME	INDIRIZZO DI RESIDENZA
NOME	LUOGO E CAP DI RESIDENZA
DATA DI NASCITA	RECAPITO TELEFONICO*
LUOGO DI NASCITA	E-MAIL*
CODICE FISCALE	*Indicando l'indirizzo di posta elettronica si autorizza l'Ente all'invio di comunicazioni tramite e-mail. Indicando il recapito telefonico si autorizza l'Ente all'invio di comunicazioni tramite contatto telefonico.

AZIENDA

RAGIONE SOCIALE	P.IVA o CODICE FISCALE
-----------------	------------------------

ELENCO PRESTAZIONI E SPESE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ricovero in Istituto di cura richiesta indennità giornaliera | <input type="checkbox"/> Stato di non autosufficienza |
| <input type="checkbox"/> Ricovero in Istituto di cura richiesta rimborso prestazione pre, durante e/o post ricovero | <input type="checkbox"/> Pacchetto maternità |
| <input type="checkbox"/> Intervento ambulatoriale Oculistico/Dermatologico | <input type="checkbox"/> Protesi e ausili medici ortopedici ed acustici |
| <input type="checkbox"/> Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici | <input type="checkbox"/> Implantologia |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni di alta diagnostica radiologica | <input type="checkbox"/> Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero |
| <input type="checkbox"/> Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio sul lavoro | <input type="checkbox"/> Cure dentarie da infortunio |

N. FATTURA	DATA	IMPORTO**

N. FATTURA	DATA	IMPORTO**

**Importo senza imposta di bollo

NUMERO SINISTRO _____
Da inserire in caso di prestazioni effettuate per Provincia scoperta

DATI PER IL RIMBORSO

Il Fondo può effettuare il bonifico solo sulle coordinate bancarie intestate o co-intestate 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/a delega il/la _____ Via/Piazza _____ CAP _____
Città _____ Prov. _____ C.F. o P.IVA _____ E-mail _____

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

[] 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, disponibile per esteso 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 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 _____

VADEMECUM - COMPILAZIONE RICHIESTA DI RIMBORSO [mod. 01R-D]

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

**INDIRIZZO
SEDE OPERATIVA**

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

AREA RISERVATA

www.fondofasa.it/accedi-iscriviti-al-fondo-
fasa

Sezione "Carica Richiesta di Rimborso"

E-MAIL

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.**

Per una corretta istruttoria della pratica, barrare 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

- Copia cartella clinica (completa della scheda di dimissione ospedaliera SDO)
- Tutta la documentazione medica e relative spese sostenute pre, durante e post ricovero.

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.

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 fattura e/o ricevuta fiscale
- 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

- Copia della fattura e/o ricevuta fiscale
- 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
- Copia della denuncia di infortunio INAIL.

Pacchetto maternità

- Copia della fattura e/o ricevuta fiscale
- Certificato di gravidanza.

Protesi/Ausili medici ortopedici ed acustici

- Copia della fattura e/o ricevuta fiscale
- Prescrizione medica con il motivo che ha reso necessario l'acquisto/noleggio dell'ausilio.

Lenti

- Copia della fattura e/o ricevuta fiscale
- 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.

Implantologia

- Copia delle fatture e/o ricevute fiscali con dettaglio prestazione eseguita, sede e relativo costo
- Radiografie originali pre e post trattamento
- Modulo FASA Scheda odontoiatrica [mod. 03H].

Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero

- Copia delle fatture e/o ricevute fiscali con dettaglio prestazione eseguita, sede e relativo costo
- Radiografie originali
- Referto radiologico
- Referto istologico
- Modulo FASA Scheda odontoiatrica [mod. 03H].

Cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio

- Copia delle fatture e/o ricevute fiscali con dettaglio prestazione eseguita, sede e relativo costo
- Copia del certificato di Pronto Soccorso
- Radiografie originali e referti radiologici
- Modulo FASA Scheda odontoiatrica [mod. 03H].

Stati di NON autosufficienza

- Documentazione relativa alle spese sostenute (fatture e/o ricevute fiscali)
- Certificato attestante lo stato consolidato o temporaneo di non autosufficienza
- Modulo di denuncia sinistro per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 13 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 ad un'Autorità di controllo. L'informativa estesa è disponibile sul sito www.fondofasa.it nella sezione *Normativa*.

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 legale in Via G.B. Morgagni, 33 - 00161 Roma
E-mail: amministrazione@fondofasa.it