

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

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

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

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 e richiesta rimborso spese
- Accertamenti diagnostici extra ricovero
- Stato di non autosufficienza *

- Visite Specialistiche e/o Accertamenti Diagnostici
- Cure dentarie da infortunio
- Infortunio sul lavoro e/o in itinere*
- Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero

* solo per il titolare della polizza

NUMERO FATTURA	DATA	IMPORTO **

** importo senza imposta di bollo

NUMERO FATTURA	DATA	IMPORTO **

DATI PER IL RIMBORSO

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

CODICE IBAN (27 caratteri)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 (artt. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016)).

Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, disponibile anche sul sito www.filcoopsanitario.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'Isritto (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 (artt. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016)).

Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, disponibile anche sul sito www.filcoopsanitario.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'Isritto 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 (inclusendo 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 UnipolSai. UnipolSai 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 UnipolSai.

UnipolSai tratterà i suoi dati sulla base della propria informativa, disponibile anche nella sezione *Normativa* del sito www.filcoopsanitario.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@filcoopsanitario.it**

Il titolare del trattamento dati è **FILCOOP SANITARIO** con sede legale in Via G.B. Morgagni, 33 — 00161 Roma **info@filcoopsanitario.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 SANITARIO FILCOOP
Via G.B. Morgagni, 33
00161 - Roma

EMAIL
info@filcoopsanitario.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 del titolare.

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 F.I.L.COOP. Sanitario 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.