fondo assistenza sanitaria alimentaristi

MANUALE OPERATIVO PER ISCRITTI FONDO FASA

Il presente manuale è di proprietà del Fondo Fasa a esclusivo degli utenti iscritti

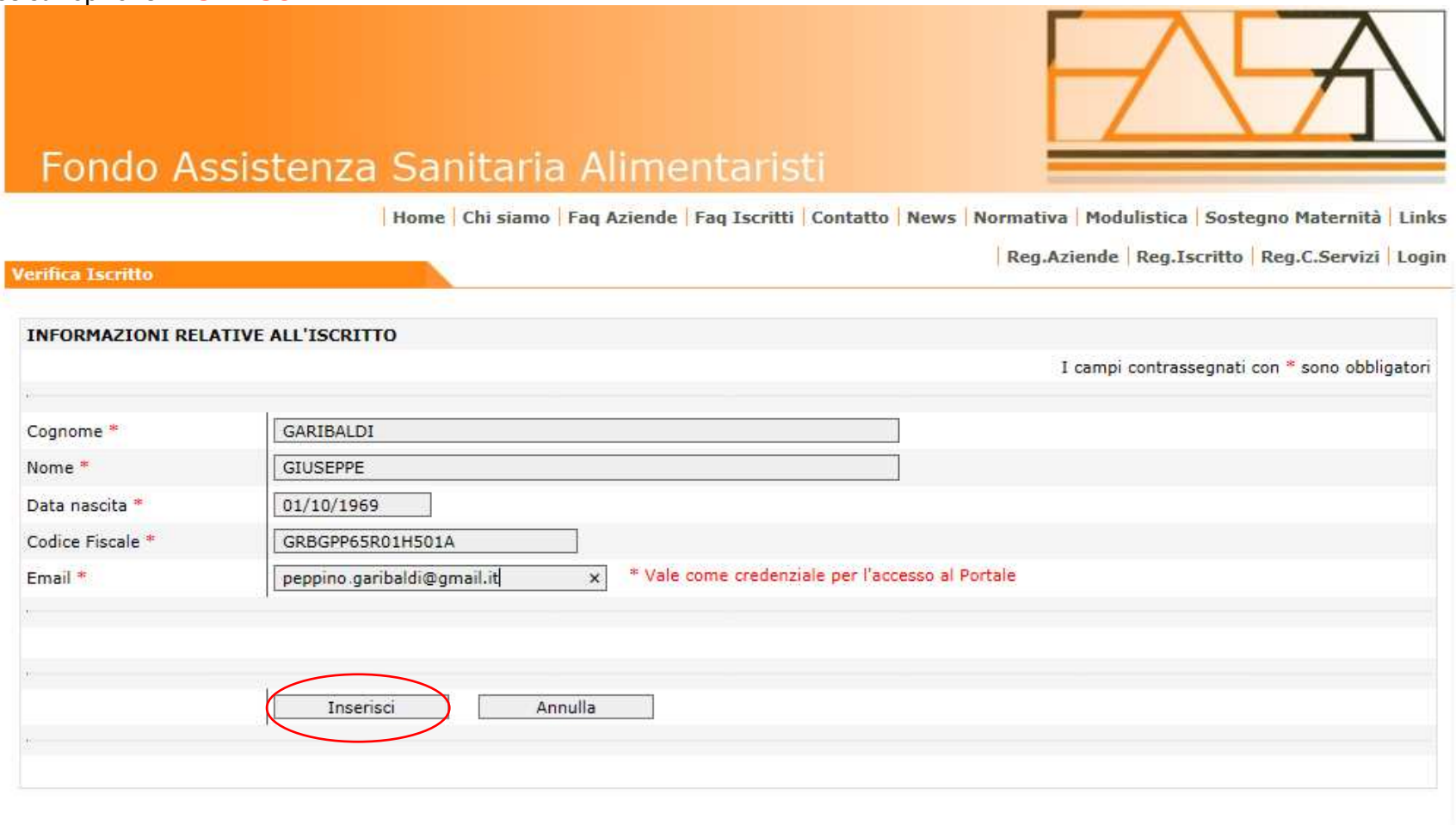
ISCRITTI FONDO FASA
ITER DI REGISTRAZIONE TELEMATICA AL PORTALE DEL FONDO FASA

Collegarsi al portale del Fondo Fasa all'indirizzo: www.fondofasa.it e selezionare la funzione : Reg. Iscritto

Inserire il flag sull'opzione: **Accetto le Condizioni per l'utilizzo e l'Informativa sulla privacy,** poi confermare la scelta con il tasto sinistro del mouse sul quadrante **Accetto**

Inserire i dati anagrafici richiesti.

ATTENZIONE: Digitare con attenzione l'indirizzo email (libera scelta tra email aziendale e personale) perché sarà la user-id di accesso all'area riservata **e a tale indirizzo email inserito verrà inviata la password per il primo accesso nell'area riservata del portale del Fondo Fasa.** Al termine dell'inserimento dei dati anagrafici richiesti, una volta controllata la correttezza dei dati inseriti, confermare con il tasto sinistro del mouse sull'opzione **INSERISCI**.



Il Fondo provvederà ad inviare all'indirizzo mail indicato le credenziali di accesso all'area riservata.

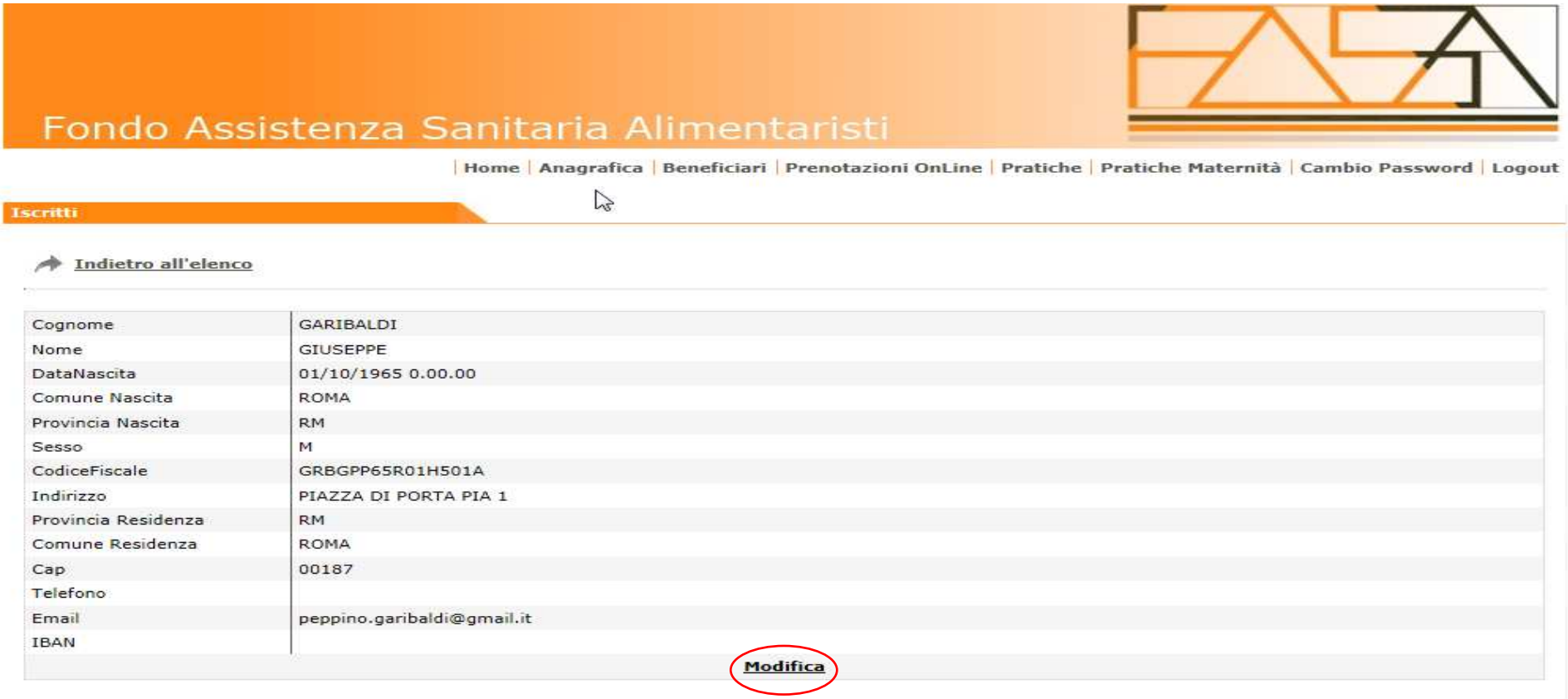
In caso di problemi, riprovare e se necessario contattare il Fondo FASA.

Ricevuta la mail con le credenziali di accesso, si potrà procedere alla registrazione dei dati anagrafici sul portale del Fondo Fasa selezionando la funzione **Login**

Inserire la mail (comunicata nei passaggi precedenti) come **User id** di accesso sul campo e-mail.
Inserire quindi la **password** ricevuta alla e-mail comunicata per eseguire l'accesso all'area riservata (sarà possibile modificarla successivamente con la procedura indicata nell'ultima pagina di questo manuale).
Selezionare infine con il tasto sinistro del mouse la funzione **ACCEDI**

Selezionare con il tasto sinistro del mouse l'opzione **Anagrafica.**

Controllare i propri dati ed aggiornare quelli mancanti (**ATTENZIONE**: I campi "Provincia nascita" e "Provincia Residenza" vanno inseriti in sigla e non per esteso. Esempio: per provincia Roma inserire RM, per provincia Milano inserire MI).
Selezionare con il tasto sinistro del mouse **"Salva"**. (Se la modifica è stata recepita sarà possibile effettuare un aggiornamento solo cliccando nuovamente sul tasto **"Modifica"** che sostituisce le opzioni precedenti "Salva" o "Annulla").
N.B. Le coordinate bancarie IBAN saranno inserite a cura degli operatori del Fondo Fasa, all'atto della prima richiesta di rimborso. Tali coordinate e le eventuali modifiche verranno comunicate con la modulistica prevista per la richiesta di rimborso prestazioni sanitarie o integrazione Maternità/Paternità. E' presente la funzione **"Modifica"** per permettere all'iscritto di rettificare eventuali dati errati e/o di aggiornare le variazioni di dati esistenti (indirizzo di residenza-telefono).



Selezionando l'opzione **beneficiari** si potranno, quindi, inserire i dati anagrafici dei familiari aventi diritto alla copertura prevista (coniuge e figli fiscalmente a carico). Se si vuole procedere all'inserimento dei beneficiari si dovrà selezionare con il tasto sinistro del mouse l'opzione: **Inserisci un nuovo beneficiario**

Inserire i dati anagrafici dei singoli familiari, che devono essere indicati quali beneficiari dell'iscritto. Dopo aver inserito i flag sulle opzioni proposte, confermare selezionando con il tasto sinistro del mouse l'opzione **Inserisci**. **Esempio inserimento dati coniuge**

Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi

| Home | Anagrafica | Beneficiari | Prenotazioni OnLine | Pratiche | Pratiche Maternità | Cambio Password | Logout

Beneficiari

Indietro all'elenco

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA
(articolo 46 d. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Con la presente, il sottoscritto GARIBALDI GIUSEPPE nato a ROMA (RM) il 01/10/1965 , C.F. GRBGPP65R01H501A con residenza sita in PIAZZA DI PORTA PIA 1 in ROMA (RM) consapevole delle sanzioni penali e leggi speciali in materia previste nel caso di dichiarazioni mendaci ovvero non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (articolo 75 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445) DICHIARA che la propria famiglia si compone di:

Cognome *	GARIBALDI
Nome *	ANITA
Data nascita *	30/08/1971
Comune Nascita *	ROMA / ROMA
Comune Residenza *	ROMA / ROMA
Indirizzo *	PIAZZA DI PORTA PIA 1
Cap *	00167
Tipo Parentela *	Coniuge
Codice Fiscale *	GRBNTA71M70H501T
*	☑ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sono prescritti come necessari e indispensabili dalle disposizioni vigenti ai fini dell'istruttoria del procedimento qui avviato, e a questo unico scopo saranno utilizzati; la loro mancanza non consentirà il prosieguo dell'istruttoria che dovrà quindi essere conclusa senza provvedimento. Presso il responsabile del procedimento sarà possibile chiedere notizia e ottenere copia della documentazione relativa all'acquisizione dei dati.
*	☑ Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
*	☑ Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, esprimo il consenso, valevole per il trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei miei familiari assicurati negli spazi soprastanti.
*	☑ Dichiaro, inoltre, che ogni membro del nucleo familiare sopra iscritto risulta fiscalmente a carico dello scrivente. (come da regolamento del Fondo FASA, esclusivamente il coniuge dello scrivente può anche non risultare fiscalmente a carico del lavoratore iscritto).
*	☑ Mi impegno a stampare la presente autocertificazione e, sottoscritta in ogni sua parte, ad inviarla alla sede del Fondo FASA Via Flavia, 3 00187- Roma, allegandoci copia di un documento di identità valido, tramite posta ordinaria, e-mail o fax.
*	☑ Dichiaro di essere consapevole che una volta inviato il presente modulo, questo non potrà più essere modificato. Sarà mia cura comunicare tempestivamente ogni necessaria modifica al Fondo FASA attraverso l'invio in copia cartacea datata e sottoscritta, della nuova composizione del nucleo familiare.
	Inserisci

Esempio di inserimento di figlio a carico.

Si ricorda che per essere considerato a carico, il figlio non deve superare il reddito di € 2.840,51.

Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi

| Home | Anagrafica | Beneficiari | Prenotazioni OnLine | Pratiche | Pratiche Maternità | Cambio Password | Logout

Beneficiari

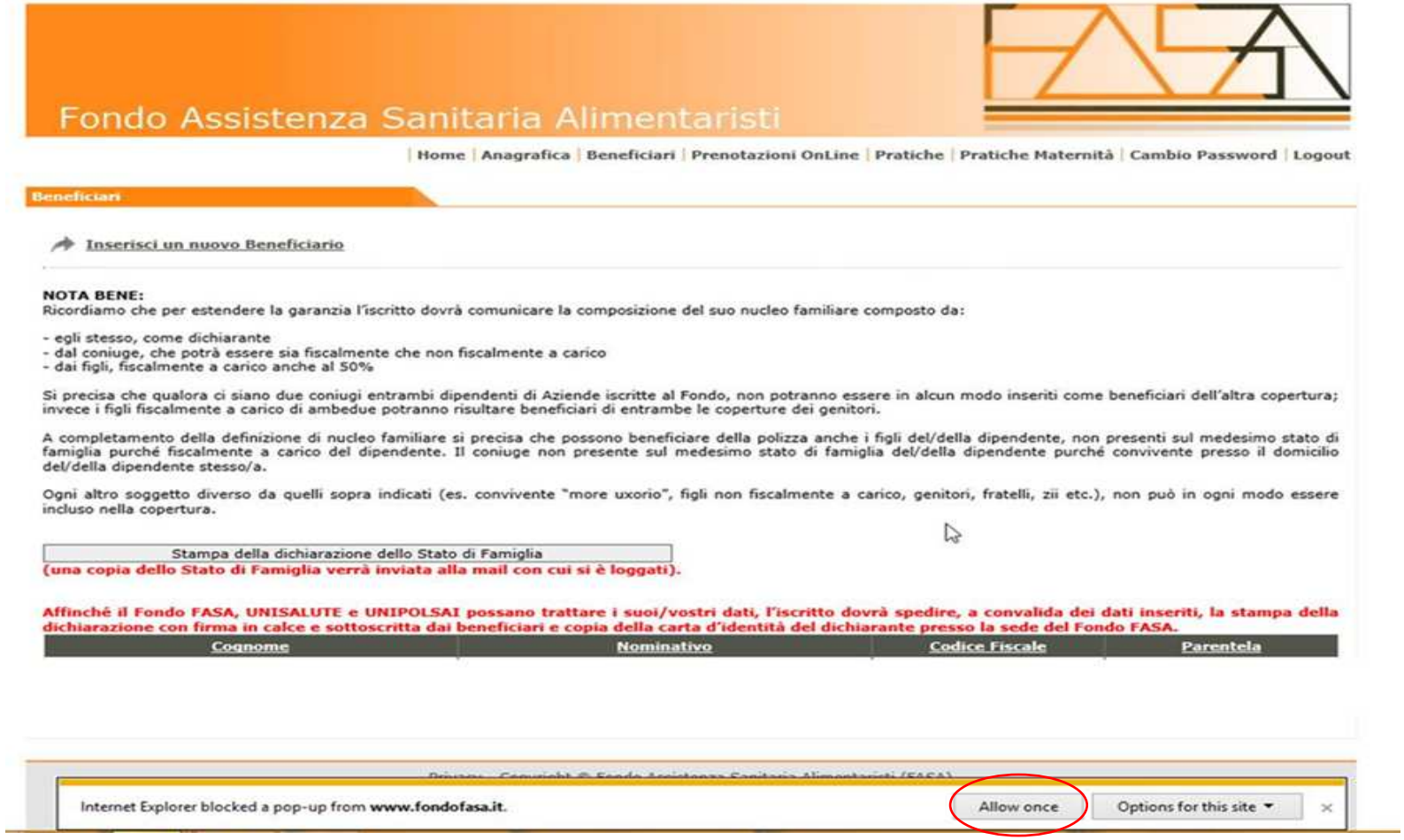
Indietro all'elenco

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA
(articolo 46 d. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445)

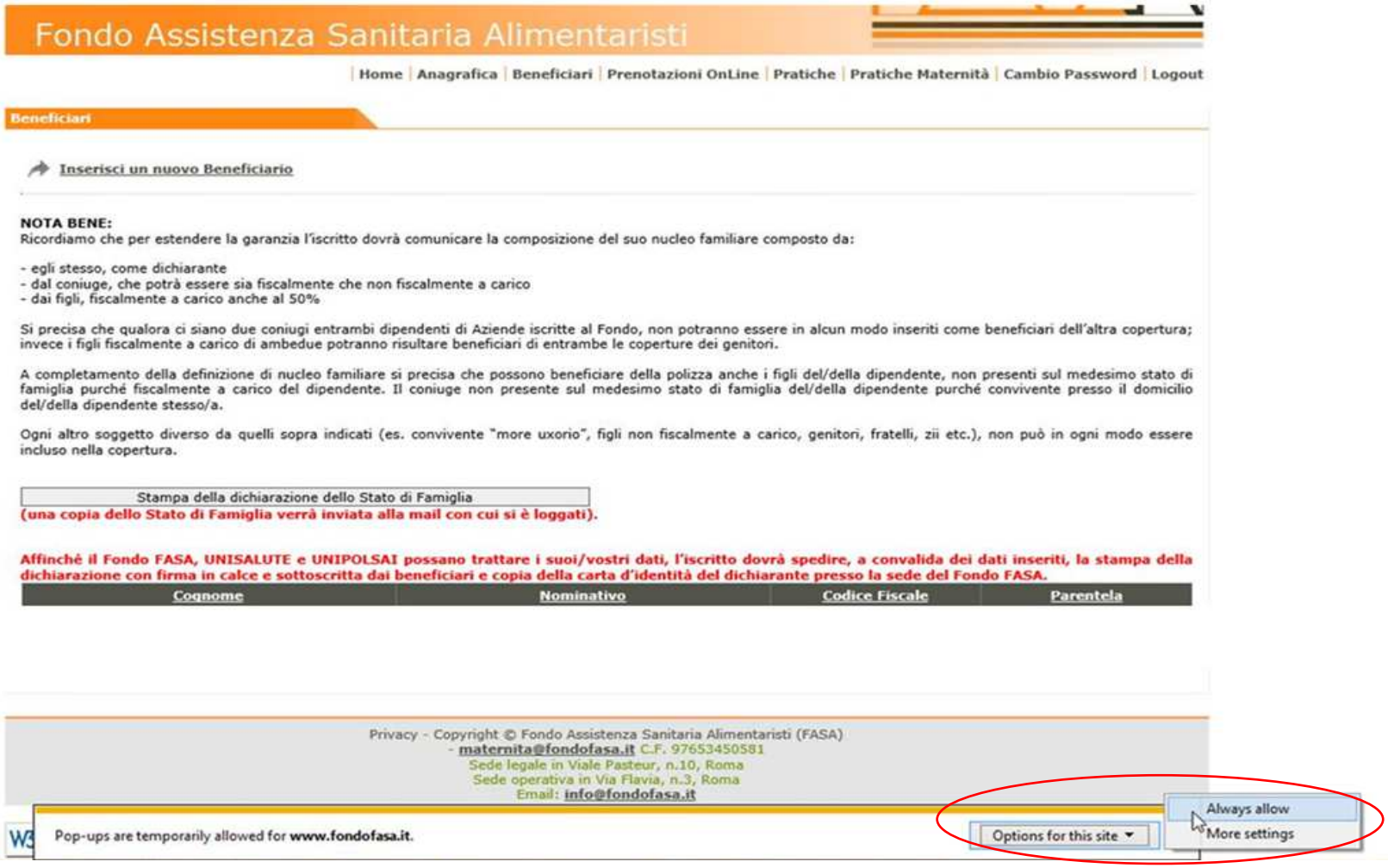
Con la presente, il sottoscritto GARIBALDI GIUSEPPE nato a ROMA (RM) il 01/10/1965 , C.F. GRBGPP65R01H501A con residenza sita in PIAZZA DI PORTA PIA 1 in ROMA (RM) consapevole delle sanzioni penali e leggi speciali in materia previste nel caso di dichiarazioni mendaci ovvero non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (articolo 75 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445) DICHIARA che la propria famiglia si compone di:

Cognome *	GARIBALDI
Nome *	MENOTTI
Data nascita *	01/12/1995
Comune Nascita *	ROMA / ROMA
Comune Residenza *	ROMA / ROMA
Indirizzo *	PIAZZA DI PORTA PIA 1
Cap *	00167
Tipo Parentela *	Figlio/a
Codice Fiscale *	GRBMNT95T01H501W
*	☑ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sono prescritti come necessari e indispensabili dalle disposizioni vigenti ai fini dell'istruttoria del procedimento qui avviato, e a questo unico scopo saranno utilizzati; la loro mancanza non consentirà il prosieguo dell'istruttoria che dovrà quindi essere conclusa senza provvedimento. Presso il responsabile del procedimento sarà possibile chiedere notizia e ottenere copia della documentazione relativa all'acquisizione dei dati.
*	☑ Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
*	☑ Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, esprimo il consenso, valevole per il trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei miei familiari assicurati negli spazi soprastanti.
*	☑ Dichiaro, inoltre, che ogni membro del nucleo familiare sopra iscritto risulta fiscalmente a carico dello scrivente. (come da regolamento del Fondo FASA, esclusivamente il coniuge dello scrivente può anche non risultare fiscalmente a carico del lavoratore iscritto).
*	☑ Mi impegno a stampare la presente autocertificazione e, sottoscritta in ogni sua parte, ad inviarla alla sede del Fondo FASA Via Flavia, 3 00187- Roma, allegandoci copia di un documento di identità valido, tramite posta ordinaria, e-mail o fax.
*	☑ Dichiaro di essere consapevole che una volta inviato il presente modulo, questo non potrà più essere modificato. Sarà mia cura comunicare tempestivamente ogni necessaria modifica al Fondo FASA attraverso l'invio in copia cartacea datata e sottoscritta, della nuova composizione del nucleo familiare.
	Inserisci

Selezionare con il tasto sinistro del mouse l'opzione: **Stampa della dichiarazione dello Stato di Famiglia**.
Attenzione: Dopo aver cliccato su "Stampa", se compare una barra gialla in fondo alla schermata (come mostrato nell'immagine) selezionare **"allow once".**



Se compare nuovamente una barra gialla in fondo la schermata, selezionare la piccola freccia a destra del pulsante **"option for this site"** e poi selezionare **"always allow",** come indicato nella schermata.
Cliccare nuovamente su **Stampa della dichiarazione dello stato di famiglia** per poter visualizzare il modello completo con i dati inseriti.



Una copia del modello verrà inviata all'indirizzo mail con il quale si è effettuato l'accesso al sito del Fondo Fasa e inoltre, verrà resa disponibile la stampa immediata del modello stesso. Quest'ultimo si compila automaticamente al momento dell'inserimento dei dati anagrafici sul portale del Fondo Fasa. Per completare l'iter di iscrizione dei beneficiari, l'iscritto dovrà stampare, fimare e far firmare da tutti i membri della sua famiglia maggiorenni (i genitori/curatori/tutori dovranno firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti), il modello di autocertificazione, ed inviarlo al Fondo FASA corredato di copia del documento di identità in corso di validità dell'iscritto.
L'invio al Fondo Fasa dovrà avvenire preferibilmente a mezzo E-mail : **info@fondofasa.it** , in alternativa per Posta Ordinaria all'indirizzo : **VIA FLAVIA, 3 – 00187 ROMA** (Indicando sulla busta – Autocertificazione Stato Famiglia) – ed in ultima ipotesi al numero di Fax : **06 47.88.05.67**

Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi

| Home | Anagrafica | Beneficiari | Prenotazioni OnLine | Pratiche | Pratiche Maternità | Cambio Password | Logout

Beneficiari

Inserisci un nuovo Beneficiario

NOTA BENE:
Ricordiamo che per estendere la garanzia l'iscritto dovrà comunicare la composizione del suo nucleo familiare composto da:

- egli stesso, come dichiarante
- dal coniuge, che potrà essere sia fiscalmente che non fiscalmente a carico
- dai figli, fiscalmente a carico anche al 50%

Si precisa che qualora ci siano due coniugi entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari dell'altra copertura; invece i figli fiscalmente a carico di ambedue potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.

A completamento della definizione di nucleo familiare si precisa che possono beneficiare della polizza anche i figli del/della dipendente, non presenti sul medesimo stato di famiglia purché fiscalmente a carico del dipendente. Il coniuge non presente sul medesimo stato di famiglia del/della dipendente purché convivente presso il domicilio del/della dipendente stesso/a.

Ogni altro soggetto diverso da quelli sopra indicati (es. convivente "more uxorio", figli non fiscalmente a carico, genitori, fratelli, zii etc.), non può in ogni modo essere incluso nella copertura.

Stampa della dichiarazione dello Stato di Famiglia
(una copia dello Stato di Famiglia verrà inviata alla mail con cui si è loggati).

Affinché il Fondo FASA, UNISALUTE e UNIPOLSAI possano trattare i suoi/vostri dati, l'iscritto dovrà spedire, a convalida dei dati inseriti, la stampa della dichiarazione con firma in calce e sottoscritta dai beneficiari e copia della carta d'identità del dichiarante presso la sede del Fondo FASA.

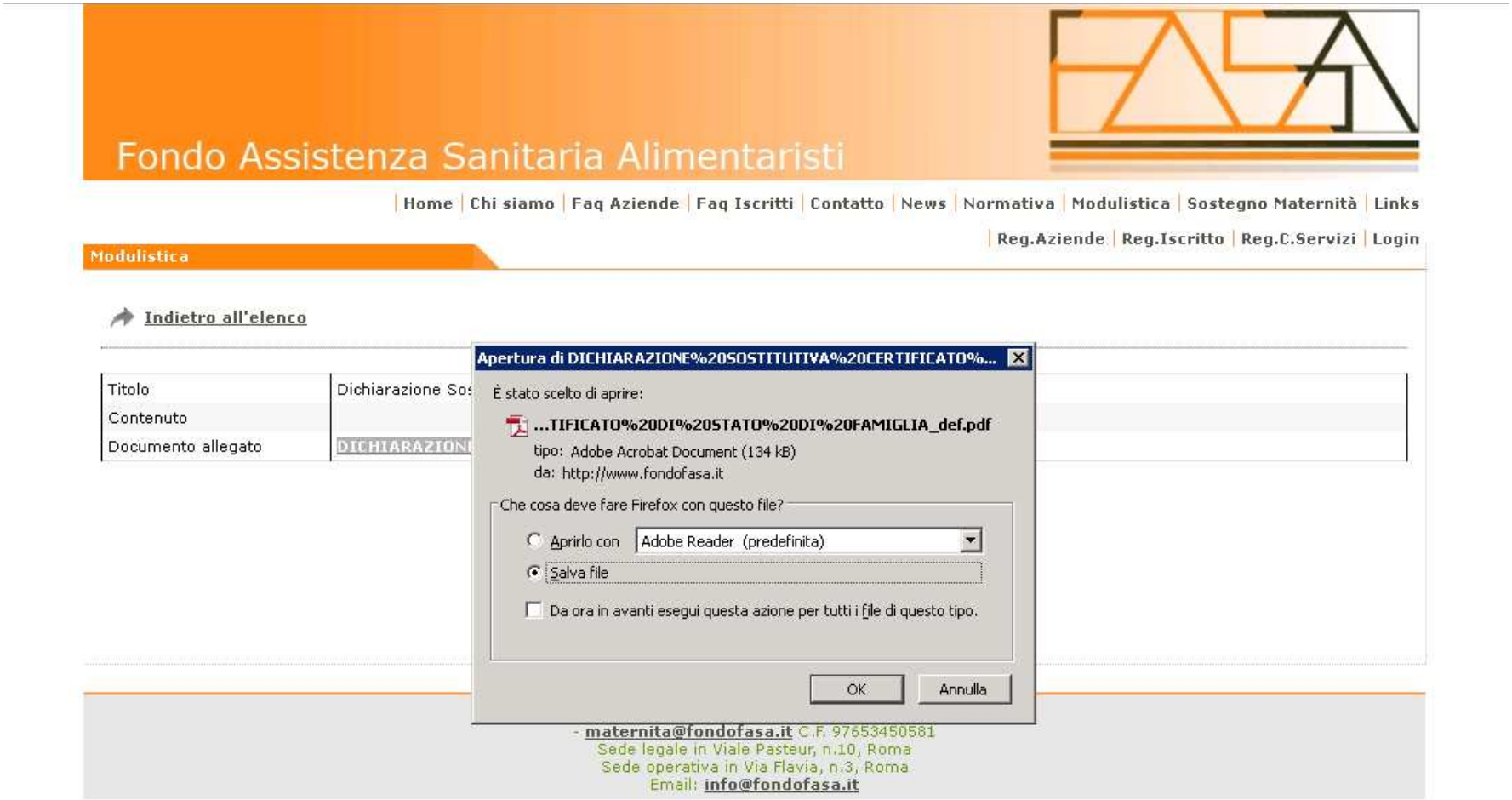
Cognome	Nominativo	Codice Fiscale	Parentela
GARIBALDI	ANITA	GRBNTA71M70H501T	Coniuge
GARIBALDI	MENOTTI	GRBMTT95T01H501H	Figlio/a

In caso di problemi di compilazione on line o in caso di impossibilità d'accesso all'area personale del sito www.fondofasa.it, è possibile reperire il modello per l'autocertificazione dello stato di famiglia anche sul portale del Fondo Fasa nella sezione Modulistica
Selezionare dalla home page del sito www.Fondofasa.it con il tasto sinistro del mouse la funzione **Modulistica**

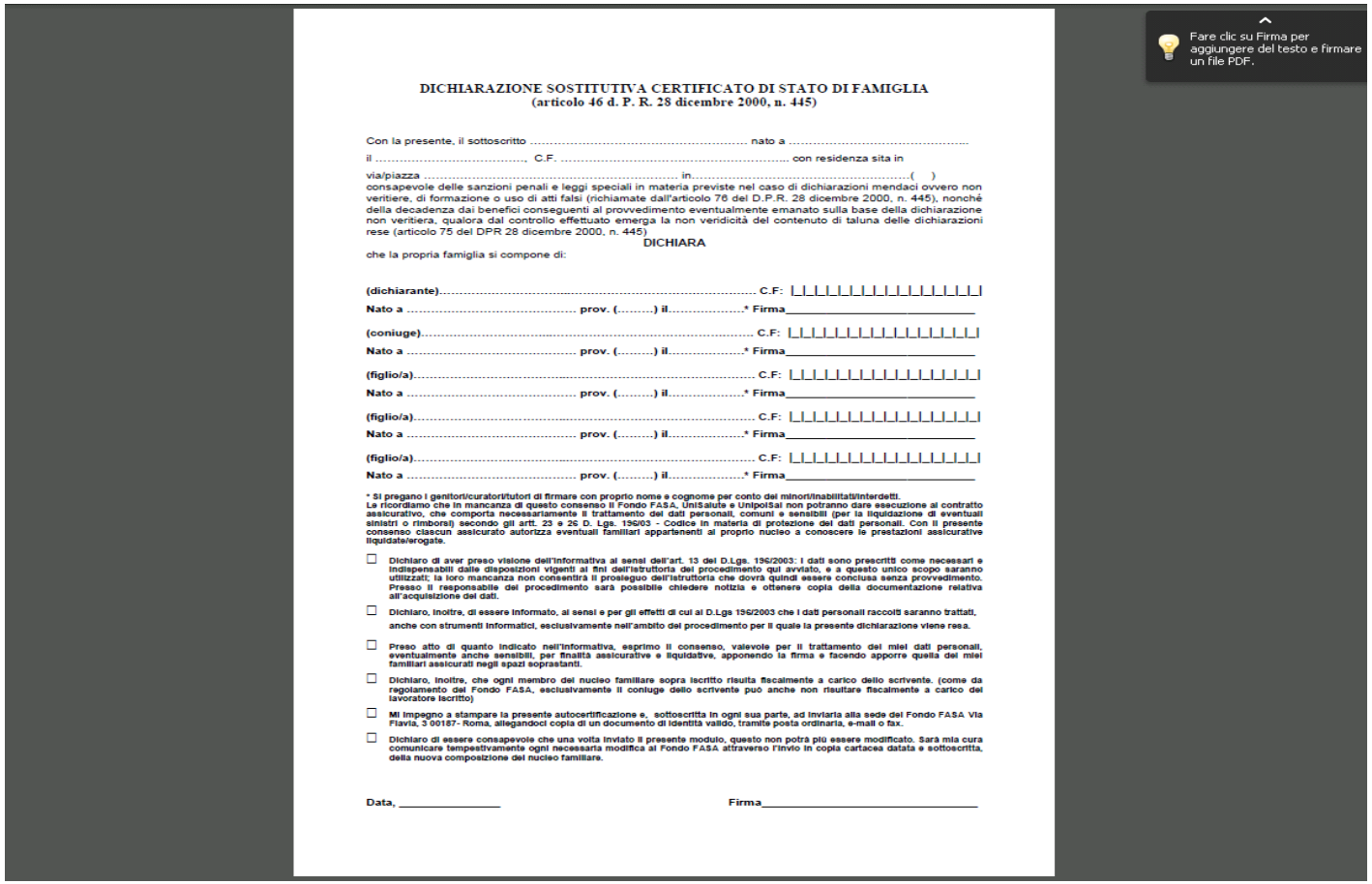
Selezionare con il tasto sinistro del mouse la funzione dettaglio dal Titolo: **Dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia.**

quindi sempre con il tasto sinistro del mouse selezionare la funzione
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA_def.pdf

Quindi aprire o salvare il file



All'apertura del file sarà disponibile la dichiarazione da stampare, fimare e far firmare da tutti i membri della sua famiglia maggiorenni (i genitori/curatori/tutori dovranno firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti), ed inviare al Fondo FASA corredato di copia del documento di identità in corso di validità dell'iscritto, alla quale si dovrà allegare un documento di'identità in corso di validità dell'iscritto. L'invio al Fondo Fasa dovrà avvenire preferibilmente a mezzo E-mail: **info@fondofasa.it** , in alternativa per Posta Ordinaria all'indirizzo: **VIA FLAVIA, 3 – 00187 ROMA** (Indicando sulla busta – Autocertificazione Stato Famiglia)– ed in ultima ipotesi al numero di Fax : **06 47.88.05.67**



Fare clic su Firma per aggiungere del testo e firmare un file PDF.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA
(articolo 46 d. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Con la presente, il sottoscritto ..... nato a .....

il ....., C.F. ..... con residenza sita in

via/piazza ..... in.....( )

consapevole delle sanzioni penali e leggi speciali in materia previste nel caso di dichiarazioni mendaci ovvero non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (articolo 75 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

che la propria famiglia si compone di:

(dichiarante)..... **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato a ..... **prov. (.....) il**.....*** Firma**_____

(coniuge)..... **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato a ..... **prov. (.....) il**.....*** Firma**_____

(figlio/a)..... **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato a ..... **prov. (.....) il**.....*** Firma**_____

(figlio/a)..... **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato a ..... **prov. (.....) il**.....*** Firma**_____

(figlio/a)..... **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato a ..... **prov. (.....) il**.....*** Firma**_____

*** Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti.**
La ricordiamo che in mancanza di questo consenso il Fondo FASA, UniSalute e UnipolSai non potranno dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi) secondo gli artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali. Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate.

☐ **Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: I dati sono prescritti come necessari e indispensabili dalle disposizioni vigenti ai fini dell'istruttoria del procedimento qui avviato, e a questo unico scopo saranno utilizzati; la loro mancanza non consentirà il prosieguo dell'istruttoria che dovrà quindi essere conclusa senza provvedimento. Presso il responsabile del procedimento sarà possibile chiedere notizia e ottenere copia della documentazione relativa all'acquisizione dei dati.**

☐ **Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

☐ **Preso atto di quanto indicato nell'informativa, esprimo il consenso, valevole per il trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei miei familiari assicurati negli spazi soprastanti.**

☐ **Dichiaro, inoltre, che ogni membro del nucleo familiare sopra iscritto risulta fiscalmente a carico dello scrivente. (come da regolamento del Fondo FASA, esclusivamente il coniuge dello scrivente può anche non risultare fiscalmente a carico del lavoratore iscritto)**

☐ **Mi impegno a stampare la presente autocertificazione e, sottoscritta in ogni sua parte, ad inviarla alla sede del Fondo FASA Via Flavia, 3 00187- Roma, allegandoci copia di un documento di identità valido, tramite posta ordinaria, e-mail o fax.**

☐ **Dichiaro di essere consapevole che una volta inviato il presente modulo, questo non potrà più essere modificato. Sarà mia cura comunicare tempestivamente ogni necessaria modifica al Fondo FASA attraverso l'invio in copia cartacea datata e sottoscritta, della nuova composizione del nucleo familiare.**

Data, _____ **Firma**_____

ALTRE FUNZIONI DEL SITO FONDO FASA

Dal sito del fondo è possibile accedere anche alla funzione **Pratiche**.
In questa sezione si potrà controllare lo stato di avanzamento delle pratiche di rimborso presentate agli uffici del Fondo Fasa

Analogamente selezionando la funzione **Pratiche Maternità,** si potrà controllare lo stato di avanzamento delle pratiche di integrazione presentate agli uffici del Fondo Fasa

Nel portale è prevista inoltre l'opzione **Cambio password**, al fine di permettere agli iscritti di utilizzare una credenziale di accesso di loro gradimento ma che mantenga gli standard di sicurezza previsti per la protezione dei dati personali.