

Id. Iscritto \_\_\_\_\_



fondo assistenza sanitaria alimentaristi

## MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

(inviare a info@fondofasa.it o spedire a Fondo FASA – via Flavia, 3 – 00187 ROMA)

In ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali anche sensibili richiesti per le finalità assicurative indicate nell'informativa allegata (artt. 13 e 23 D.Lgs 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali).

I dati potrebbero essere trattati anche da soggetti terzi, sulla base di apposita informativa allegata, esclusivamente in esecuzione al vincolo contrattuale sotteso alla copertura assicurativa.

Inserire i dati della persona per cui si richiede il rimborso:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Firma \_\_\_\_\_

### ISCRITTO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tel. \_\_\_\_\_ E-mail\* \_\_\_\_\_

\* indicando l'indirizzo di posta elettronica autorizza il Fondo all'invio di comunicazioni tramite e-mail.

### AZIENDA

Chiede che gli vengano erogate le prestazioni previste in polizza in qualità di dipendente a tempo  determinato  indeterminato

dell'Azienda \_\_\_\_\_ Partita Iva \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

#### Barrare le prestazioni che interessano

- |                                                                                                                     |                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ricovero in Istituto di cura richiesta indennità giornaliera                               | <input type="checkbox"/> Protesi/Ausili medici ortopedici ed acustici          |
| <input type="checkbox"/> Ricovero in Istituto di cura richiesta rimborso prestazioni pre, durante e/o post ricovero | <input type="checkbox"/> Lenti                                                 |
| <input type="checkbox"/> Intervento ambulatoriale oculistico/dermatologico                                          | <input type="checkbox"/> Prevenzione Odontoiatrica                             |
| <input type="checkbox"/> Visite specialistiche e accertamenti diagnostici                                           | <input type="checkbox"/> Cure carie (solo bambini da 6 a 14 anni)              |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni di alta diagnostica radiologica                                                | <input type="checkbox"/> Implantologia                                         |
| <input type="checkbox"/> Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio sul lavoro*                | <input type="checkbox"/> Interventi di chirurgici odontoiatrici extra ricovero |
| <input type="checkbox"/> Stato di non autosufficienza*                                                              | <input type="checkbox"/> Cure dentarie da infortunio                           |
| <input type="checkbox"/> Pacchetto maternità                                                                        |                                                                                |

\* solo per il titolare della polizza  
\*\* importo senza l'imposta di bollo

Si allega la copia delle seguenti fatture:

NUMERO FATTURA	DATA	IMPORTO**

NUMERO FATTURA	DATA	IMPORTO**

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione della pratica o della verifica della veridicità della documentazione prodotta, il Fondo FASA avrà sempre la facoltà di richiedere la produzione degli originali di spesa, 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 di rimborso.

Eventuale n° sinistro attribuito da UniSalute \_\_\_\_\_

In caso di ricovero presso centri convenzionati con UniSalute indicare:

Istituto di cura \_\_\_\_\_ Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Motivo/Tipo intervento \_\_\_\_\_

Compilare in caso di invio tramite sindacato/patronato

Sigla \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Cod. IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario – NB: l'iscritto deve essere l'intestatario o cointestatario del conto

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Iscriitto \_\_\_\_\_

## 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 Flavia, 3  
00187 ROMA

email: info@fondofasa.it  
invio allegati 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".



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI (art. 13 DLgs 196/03)

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti o rilevati dagli elenchi anagrafici pubblicati dall'INPS, saranno trattati esclusivamente al fine di gestire il rapporto assicurativo finalizzato alla liquidazione di sinistri e/o erogazione di rimborsi per prestazioni sanitarie. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali anche sensibili che saranno richiesti è pertanto strettamente ed esclusivamente funzionale all'esecuzione del rapporto assicurativo tale che, in mancanza, il Fondo non potrà dare esecuzione alle richieste di prestazioni assicurative inoltrate dall'iscritto.

Ai sensi dell'articolo 13 del DLgs 196/03 si informa che il trattamento dei dati personali anche sensibili, forniti a mezzo modulo di richiesta di rimborso e/o liquidazione e finalizzato unicamente agli scopi assicurativi, avverrà con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti strettamente necessari per perseguire le predette finalità.

I dati personali anche sensibili saranno trattati dal Fondo in esecuzione alle disposizioni normative vigenti ivi inclusi gli obblighi previsti per la conservazione, diffusione e cancellazione degli stessi, secondo procedure idonee a ridurre al minimo i rischi di perdita, distruzione, accessi non autorizzati ed ogni altro trattamento illecito e, per i dati sensibili, qualsiasi trattamento non espressamente oggetto di consenso.

I dati personali anche sensibili non sono soggetti a diffusione.

Il Fondo, esclusivamente per le finalità connesse al vincolo assicurativo con gli iscritti, ha facoltà di richiedere informazioni e/o raccogliere dati anche sensibili direttamente al datore di lavoro e/o accedere alle banche dati di enti previdenziali.

Per lo svolgimento delle sue attività ed in esecuzione ai vincoli contrattuali eventualmente sottesi alle prestazioni assicurative richieste (liquidazione sinistri e/o rimborsi di prestazioni sanitarie), il Fondo potrebbe dover comunicare i dati personali anche sensibili, oggetto di consenso, a soggetti terzi i quali, a loro volta, tratteranno i dati ricevuti esclusivamente in funzione delle prestazioni previste dal vincolo contrattuale con il Fondo stesso ed in ottemperanza alle normative vigenti in materia di trattamento dei dati.

L'elenco dei soggetti terzi cui eventualmente potrebbero essere comunicati i dati anche sensibili forniti dagli iscritti ed oggetto del consenso espresso, è disponibile sul sito istituzionale del Fondo tramite il quale sarà possibile anche prendere visione ed avere conoscenza delle informative sul trattamento dei dati dai medesimi adottate in esecuzione al disposto dell'art. 13 DLgs 196/03.

Il Titolare del trattamento è il Presidente - Legale Rappresentante del Fondo.

Agli iscritti, nella qualità di interessati del trattamento, sono riconosciuti i diritti di cui al Titolo II del citato DLgs 196/03 - e successive modifiche - e in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste per iscritto al Titolare del Fondo con sede in via Flavia , 3 – 00187 Roma.

L'iscritto potrà agire in ragione dei propri diritti secondo quanto previsto dalle normative vigenti in tutti i casi di violazioni di legge e/o della presente informativa.