

F.I.D.A.

FONDO INTEGRATIVO DIPENDENTI ASSOCIAZIONI ALLEVATORI

Indirizzo: Via Flavia, 3 - 00187 Roma - Tel. 06/47.82.50.83 - 06/47.82.48.58 - Fax 06/47.82.46.03 - e-mail: info@fondofida.it - sito web: www.fondofida.it

MODULO DI RIMBORSO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI

AFFINCHÉ IL FONDO E LA UNIPOL ASSICURAZIONI POSSANO TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI PER FINALITÀ ASSICURATIVE
(Art. 23 D. Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa allegata, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso il Fondo e la Unipol Assicurazioni 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).

Cognome e nome dell'iscritto (in stampatello) _____ C.F. _____
Luogo e data _____ Firma dell'interessato _____

Il sottoscritto _____ Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Comune _____ Prov. _____ il _____ Data di nascita _____

Residente a _____ Comune _____ Prov. _____ Cap. _____ Via / Piazza _____ n° _____

C.F.: _____ Telefono _____ e-mail _____

In qualità di: [] operaio [] impiegato a tempo: [] determinato [] indeterminato
[] erede dell'operaio a tempo [] determinato [] indeterminato [] erede dell'impiegato a tempo [] determinato [] indeterminato

dell'Azienda _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____

sita in _____ Via / Piazza _____ Cap. _____ Prov. _____

Chiede che gli vengano erogate le prestazioni previste, allegando la documentazione richiesta dal regolamento, per: [] l'iscritto [] il familiare

Cognome _____ Nome _____

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;

[] **Accertamenti diagnostici extra ricovero di alta diagnostica*:**

- 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, Analisi/Accertamenti diagnostici di laboratorio, Esami diagnostici, Terapie (Chemioterapia, Cobaltoterapia, Laserterapia)*:**

- Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata;
- Fatture e/o ricevute fiscali di pagamento.

[] **Terapie extra ricovero***

- Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata;
- Fatture e/o ricevute fiscali di pagamento.

[] **Infortunio sul lavoro (solo per l'iscritto):**

- Certificato del Pronto Soccorso;
- Denuncia infortunio del datore di lavoro all'INAIL.

a) In caso di trattamenti fisioterapici riabilitativi allegare anche:

- Prescrizioni mediche con indicazione patologia accertata;
- Fatture e/o ricevute fiscali di pagamento.

b) In caso d'invalideria permanente allegare anche:

- Grado d'invalideria stabilito dall'ENPAIA e dall'INAIL.
(il cert. può essere inviato anche successivamente alla presentazione della domanda)

c) 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 d'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 365 giorni 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.D.A. 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.

[] Il sottoscritto per l'espletamento della pratica delega il patronato _____ sito in _____

Via / Piazza _____ n° _____ Cap _____ Prov. _____

Luogo e Data _____ Firma _____

[] Chiede che l'importo dell'indennità liquidata sia versato sul c/c n° _____ della Banca/Posta _____

di _____ situata in Via / Piazza _____ Cap _____

Cod. IBAN ISCRITTO _____

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario

Il presente modulo va inviato al F.I.D.A., in allegato alla documentazione su specificata, tramite e-mail o posta o fax

Luogo e Data _____ Firma dell'iscritto _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D.LGS 196/2003

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'I.N.P.S. ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto contrattuale. 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. Potranno essere conosciuti da nostri collaboratori 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; l'elenco di tali collaboratori, costantemente aggiornato, potrà essere da Lei conosciuto gratuitamente facendo specifica richiesta al Fondo.

I suoi dati personali saranno custoditi e controllati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, accesso non autorizzato, trattamento illecito.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione. Per lo svolgimento delle sue attività il Fondo può rivolgersi ad organismi esterni per l'effettuazione dell'attività di gestione assicurativa, anche mediante apposite convenzioni o per il servizio di elaborazione dati; il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti previdenziali e dai datori di lavoro. L'elenco delle Compagnie di assicurazioni e delle società per l'elaborazione dei dati è disponibile presso la sede del Fondo. A tali soggetti potranno essere comunicati i dati da Lei forniti: pertanto il consenso richiestoLe concerne anche il trattamento da costoro effettuato.

Lei 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 o richiederne l'integrazione, l'aggiornamento o la rettificazione (art. 7, d.lgs 196/2003); ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Il titolare del trattamento dati è il **F.I.D.A.**, con sede in Via Flavia, 3 – 00187 Roma

Il responsabile del trattamento è il **Sig. Angelo Coriddi**.