

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE Mod. R01

Utilizzare solo per la spedizione via posta: spedire in fotocopia a FASCHIM c/o PosteWelfare Servizi srl Viale Beethoven 11 - 00144 Roma RM

Spazio riservato al Fondo

Per le cure odontoiatriche non va utilizzato questo modulo ma i moduli R02 + D01

COMPILARE UN MODULO PER OGNI PERSONA

ISCRITTO (compilare sempre)

| | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Codice FASCHIM (rilevabile dalla card) | | | | | |
| Recapito telefonico | | | | | |
| Cognome | | | Nome | | |

FAMILIARE (compilare solo se la domanda di rimborso si riferisce a un familiare)

| | |
|---------|------|
| Cognome | Nome |
|---------|------|

Elenco Spese

IL FONDO NON RIMBORSA LE FATTURE/RICEVUTE INVIATE OLTRE 3 MESI RISPETTO ALLA DATA INDICATA NEI DOCUMENTI DI SPESA; TUTTA LA DOCUMENTAZIONE E' DA INVIARE IN FOTOCOPIA

| N° FATTURA/ RICEVUTA | NOME DELLA STRUTTURA O MEDICO CHE HA EMESSO LA FATTURA/ RICEVUTA | PARTITA IVA DELLA STRUTTURA/MEDICO CHE HA EMESSO LA FATTURA (11 NUMERI) (*) | DATA FATTURA/RIC. | IMPORTO | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|----------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Importo TOTALE | | | | | | | | | |

▶ Per le richieste di diaria è sufficiente indicare nel modulo il nominativo della struttura e la partita iva.
 ▶ (*) Se la partita iva non è presente, indicare il codice fiscale
 ▶ Indicare con "X" accanto all'importo se si tratta di spesa coperta anche parzialmente da un'assicurazione privata (allegare il dettaglio liquidazione)

Se allegli altri documenti in fotocopia, oltre alle fatture indicalo qui (cartelle cliniche, certificati di degenza...)

L'associato è tenuto a conservare la documentazione originale per 12 mesi dalla data della lettera di liquidazione per gli eventuali controlli che il Fondo esegue (art.17.6 Regolamento): la mancata presentazione dell'originale comporta l'obbligo della restituzione al Fondo della somma liquidata. Tutta la documentazione in fotocopia inviata ed eventuali originali inviati per errore non verranno restituiti dal Fondo, ad esclusione delle rx odontoiatriche.

Dati per il Bonifico

Il Fondo può effettuare il bonifico solo sulle coordinate bancarie dell'iscritto principale
indicare le coordinate bancarie solo se è la prima richiesta di rimborso o se sono diverse da quelle già comunicate

Codice IBAN dell'iscritto principale (Il codice - rilevabile dall' Estratto Conto Bancario - deve riportare tutti i 27 caratteri)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SI PREGA DI INSERIRE TUTTE LE FIRME RICHIESTE

Data Firma dell'iscritto

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D. Lgs 196/2003

Prendiamo atto di aver letto l'informativa ai sensi del D.L. 196/03 sulla privacy allegata al presente modulo e, con riferimento all'articolo 13 del D.Lgs 196/2003, esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei nostri dati personali da parte di FASCHIM, nella sua qualità di Titolare del Trattamento, con le modalità e nei limiti di cui alla richiamata informativa, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

| | | |
|------|---|--|
| Data | Firma dell'iscritto (solo se è la prima richiesta di rimborso) | Firma del familiare (se minore quella di chi esercita la patria potestà) (solo se è la prima richiesta di rimborso) |
|------|---|--|

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ADERENTI A FASCHIM – INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL DLGS.196/03, CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

La informiamo che FASCHIM, Fondo Nazionale di Assistenza Sanitaria, con sede in Milano, Via Giovanni da Procida n. 11 (tel. 02.34592220 - fax 02.33106422) è Titolare del trattamento dei dati dei lavoratori ai quali si applica il CCNL per gli addetti all'industria chimica, chimico-farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori ceramica, abrasivi, lubrificanti e GPL, aderenti a FASCHIM, in ottemperanza alle finalità previste dallo Statuto e dal Regolamento ed in esecuzione degli obblighi derivanti dallo stesso CCNL inerenti la copertura sanitaria integrativa. A tal riguardo FASCHIM effettua il trattamento dei dati anagrafici e sensibili relativi al rimborso delle spese sanitarie riferiti ai lavoratori aderenti al Fondo ed ai componenti il loro nucleo familiare, nel caso abbiano chiesto l'estensione del servizio di assistenza sanitaria complementare.

Il DLgs. 30.06.2003, n.196, prevede che la persona i cui dati personali vengono trattati sia debitamente informata su tale trattamento.

Ciò premesso, dovendo gestire il rimborso delle spese mediche sostenute, La informiamo che il trattamento riguarda sia dati personali sia dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute.

Pertanto La informiamo che:

1. il trattamento che FASCHIM effettua è finalizzato esclusivamente ad attribuire al lavoratore aderente, nonché ai componenti del suo nucleo familiare, se ne è stata chiesta l'iscrizione, la corretta posizione giuridica e contributiva per la gestione del diritto al rimborso delle spese sanitarie, secondo lo Statuto ed il Regolamento del Fondo. I dati trattati saranno utilizzati anche per la gestione amministrativa delle quote contributive. Inoltre per consentire agli aderenti di conoscere le iniziative di FASCHIM e di essere aggiornati sulle materie attinenti ai servizi offerti, i dati potranno essere utilizzati per inviare con varie modalità agli associati notiziari, bollettini, newsletter e materiale informativo;
2. il trattamento dei dati avverrà principalmente attraverso una rete di comunicazione elettronica e mediante strumenti informatici e telematici oltre che manuali e su supporti cartacei, con l'uso di logiche strettamente correlate alle finalità della raccolta ed in modo da assicurare sempre il rispetto di quanto stabilito dall'art. 11 del DLgs. 196/03 e delle misure di sicurezza previste;
3. il conferimento dei dati è necessario per consentire l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria integrativa; il relativo trattamento non può avere luogo senza il consenso del lavoratore e dei suoi familiari maggiorenni che abbiano fatto richiesta di adesione alla copertura sanitaria integrativa offerta da FASCHIM;
4. il mancato conferimento dei dati e il mancato consenso non consentirebbero l'applicazione delle norme richiamate e non renderebbero possibile mantenere l'iscrizione a FASCHIM del lavoratore nonché quella del suo nucleo familiare, se ne ha chiesto l'iscrizione, non essendo possibile gestire le relative posizioni senza trattare i dati personali richiesti;
5. I dati da Lei forniti potranno essere conosciuti, secondo le relative competenze, esclusivamente dai seguenti soggetti:
 - a. la società di *service*, PosteWelfare Servizi S.r.l., Viale Beethoven 11, 00144 Roma, nominata Responsabile del trattamento e preposta da FASCHIM alla gestione informatica dell'anagrafe degli associati, nonché alla determinazione dei rimborsi delle spese per prestazioni sanitarie;
 - b. i dipendenti e/o collaboratori del Responsabile e/o di FASCHIM incaricati delle relative operazioni di trattamento;
 - c. l'istituto bancario preposto da FASCHIM alla riscossione dei contributi e al pagamento dei rimborsi;
 - d. le società che gestiscono su incarico di FASCHIM servizi postali informatizzati per l'invio di comunicazioni agli associati ed a soggetti interessati alle attività di assistenza sanitaria integrativa.

La informiamo inoltre che, ai sensi dell'art. 7 del DLgs. 196/03, l'interessato ha il diritto di:

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge;
- ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati stessi;
- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei propri dati personali.

L'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 può essere svolto presso il direttore di FASCHIM, dott. Claudio Giammatteo, nominato a questi fini Responsabile del trattamento, domiciliato presso FASCHIM, via Giovanni da Procida 11, 20149 Milano (tel. 02.34592220 - fax 02.33106422).