

Spett.le FONDO ASSI
Via Lucania 13
00187 ROMA

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO TICKET SANITARI

ISCRITTO: Cognome _____ Nome _____
Nata/o il _____ a _____ Prov. _____
Residente in via _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Cod. Fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____
Domiciliata/o (se diverso da residenza) in via _____
C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____
Azienda di appartenenza _____

Documentazione richiesta:

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
Copia fatture e/o ricevute fiscali
Dichiarazione dell'azienda sull'esistenza del rapporto di lavoro (All.2)

Si allega la copia dei seguenti ticket sanitari

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Fondo A.S.S.I. avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie (l'iscritto al Fondo dev'essere l'intestatario o cointestatario del conto)

IBAN: _____

Banca/Posta: _____

Data _____ Firma del titolare _____

Spett.le FONDO ASSI
Via Lucania 13
00187 ROMA

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA

ai fini del riconoscimento del rimborso dei ticket sanitari erogato da
A.S.S.I.

Il/la sottoscritto/a _____

nella sua qualità di _____

ai fini del riconoscimento del rimborso dei ticket sanitari a favore dell'Assicurato/
iscritto dipendente dell'azienda _____.

dichiara sotto la propria responsabilità di aver in oggi ___/___/_____ alle
proprie dipendenze il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome)
.....C.F.....;

e che, in relazione a detto dipendente, i contributi di assistenza sanitaria
integrativa di cui all'articolo 19 del CCNL per i dipendenti d'aziende del settore
servizi Fiduciari e Integrati risultano regolarmente versati sin dal momento della
prima iscrizione dell'azienda ovvero da quando previsto dalla Regolamento
Fondo A.S.S.I.

Distinti saluti.

Data

Timbro e Firma dell'azienda

.....

Informativa e consenso al trattamento dei dati (artt. 13, 23 e 26 del D.lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali).

1. Trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità liquidative

Al fine di fornirLe i servizi di assistenza sanitaria integrativa, Fondo A.S.S.I. deve raccogliere e trattare, secondo le ordinarie attività e modalità operative del Fondo medesimo, alcuni dati personali che La riguardano, strettamente necessari per la fornitura delle suddetti prestazioni. A tal fine Le forniamo le informazioni necessarie per esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati; il consenso che Le chiediamo è necessario, perché per la fornitura dei servizi di rimborso dei ticket sanitari, previsti dal Piano sanitaria di Fondo A.S.S.I., riguarda anche il trattamento dei dati sensibili, in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute. Il trattamento dei dati sensibili è ammesso, nei limiti strettamente necessari alla fornitura dei servizi di assistenza, grazie al consenso dell'interessato e alle autorizzazioni di carattere generale adottate dal Garante per la protezione dei dati personali: nel caso in questione, il riferimento è all'Autorizzazione n. 5/2009 (G.U. n. 13 del 18 gennaio 2010 - suppl. ord. n. 12).

Per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione al rapporto intercorrente tra Lei e Fondo A.S.S.I..

Precisiamo che senza i Suoi dati, e senza il Suo consenso al loro trattamento, non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

2. Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati (1) da Fondo A.S.S.I. in qualità di autonomo titolare del trattamento solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi di assistenza sanitaria richiesti o in Suo favore previsti.

Nell'ambito di Fondo A.S.S.I. i dati sono trattati dal Responsabile e dagli Incaricati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e soltanto per il conseguimento delle finalità correlate ai servizi da noi forniti; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

3. Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i Suoi dati in nostro possesso e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento (2). Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni circa i soggetti che vengono a conoscenza dei Suoi dati in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso Fondo A.S.S.I..

Fondo A.S.S.I. ha designato quale Responsabile del trattamento e Responsabile per il riscontro all'Interessato (in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D.lgs. 196/2003) il Presidente.

NOTE

1) Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

2) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la firma sottostante Lei esprime il consenso al trattamento dei dati effettuato da Fondo A.S.S.I. per finalità assistenziali e liquidative. Ricordiamo che, in mancanza del consenso, Fondo A.S.S.I. potrebbe non dare esecuzione al Suo rapporto associativo e/o si vedrà impossibilitato alla liquidazione degli eventuali rimborsi.

Luogo e data _____

Nome e cognome dell'iscritto _____
(in stampatello)

Firma _____