

Mod. R01/14

Domanda di rimborso per spese sanitarie (nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)
 PER PERSONALE IN SERVIZIO O ESODATO E PER PERSONALE IN QUIESCENZA

Attenzione: leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 sul retro ed apporre la firma per consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Il presente modulo, unitamente alle copie della documentazione, dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo:

PREVIMEDICAL presso CSU – BOLOGNA (posta interna)

oppure

UFFICIO LIQUIDAZIONI UNI.C.A.- PREVIMEDICAL, CASELLA POSTALE 142

31021 Mogliano Veneto (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il **RIMBORSO**

Il/la sottoscritto/a invia **INTEGRAZIONE**

PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA PRESCELTO
PERSONALE IN SERVIZIO O ESODATO

Base Standard Plus
 Extra 3 Extra 4 Extra 5 Extra 6 Extra 7/8

PERSONALE IN QUIESCENZA

Base p Base p + Standard p
 Plus p Extra p Extra MDC p

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____ N. Matricola _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell* _____ E-mail _____

* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms. Il servizio è GRATUITO.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

PRESTAZIONI PER LE QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

RICOV. CON INTERVENTO
 RICOV. SENZA INTERVENTO
 DAY HOSPITAL CON INTERVENTO
 DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO
 INTERVENTO AMBULATORIALE

PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO
 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO
 CURE DENTARIE (OPZIONE ACCESSORIA)
 PRESTAZIONI ACCESSORIE

Si allegano IN COPIA le seguenti fatture (si consiglia di trattenere copia della presente domanda):

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Totale richiesto:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° altri documenti allegati IN COPIA (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO SI* _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso

Intestatario conto corrente: _____

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NB l'indicazione delle COORDINATE BANCARIE è obbligatoria in occasione della prima richiesta di rimborso e, successivamente, solo in caso di modifica delle stesse.

Data compilazione: _____

Firma del lavoratore iscritto: _____

Firma del familiare: _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

ATTENZIONE: BARRARE LE CASELLE SOLO SE SI E' ISCRITTI AD UNO DEI DUE FONDI INDICATI, ALTRIMENTI NON BARRARE NULLA.

Barrare la casella solo se si intende autorizzare l'invio del prospetto di liquidazione e dei documenti di spesa per posta prioritaria e sotto la propria responsabilità a: Fo.C.A.S. - Via Quintino Sella, 85 - 36100 VICENZA (VI).

Barrare la casella solo se si intende autorizzare l'invio del prospetto di liquidazione e dei documenti di spesa per posta interna e sotto la propria responsabilità a: FONDO DI SOLIDARIETA' EX CARITRO c/o Agenzia III Novembre - Trento (cod. 5084) - Corso III Novembre, 130 - 38100 TRENTO.

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

Data compilazione: _____

Firma del lavoratore iscritto: _____

Firma del familiare: _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. LGS. N. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice Privacy), la Cassa Uni.C.A., in qualità di Titolare del Trattamento, fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei Suoi dati personali e sulla tutela dei Suoi diritti. Al fine di fornirLe una chiara ed esaustiva informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentandole che, ai sensi dell' art. 23 del Codice Privacy, sarà necessario acquisire il Suo consenso scritto, che vorrà manifestare compilando la relativa scheda, si precisa quanto segue.

1. DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

I dati personali, che possono formare oggetto di trattamento possono essere comuni o anche sensibili.

Ai sensi del summenzionato Codice Privacy, sono comuni, a titolo esemplificativo, i seguenti dati personali, anagrafici ed identificativi: cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; coordinate bancarie; impresa o ex impresa di appartenenza; cognome e nome, grado di parentela, sesso, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili i dati personali di tipo sanitario, idonei a rilevare lo stato di salute (certificati medici e ogni altra documentazione medica presentata) oltre, a titolo di completezza, i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale.

I dati comuni e sensibili da Lei conferiti e le eventuali variazioni di tali dati che Ella comunicherà in futuro alla Cassa saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate.

2. FINALITÀ' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti alla Cassa Uni.C.A., sono effettuati:

- in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza e di controllo a cui la Cassa è soggetta (ad es. ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, etc.); il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il Suo consenso.
- per la finalità di erogare, ai soggetti aventi i requisiti statuari previsti e nell'ambito di un sistema di mutualità, prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, il trattamento consiste nell'iscrizione alla Cassa; nella lavorazione delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari; nella liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e di quelle in convenzione diretta. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso: il rifiuto di fornirli può comportare l'impossibilità per Cassa Uni.C.A. a prestare il servizio.
- per finalità accessorie a quelle di Cassa Uni.C.A., quali, a titolo esemplificativo, per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche. Il conferimento dei Suoi dati per tali finalità è facoltativo e il loro mancato rilascio non incide sui rapporti in essere. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso.

3. MODALITÀ' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali o elettronici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

All'uopo si precisa ulteriormente che il trattamento dei dati personali è effettuato in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito e non conforme alle finalità della raccolta. In particolare, nel trattamento dei dati, la Cassa, e così pure i responsabili a ciò preposti, si avvarranno di misure organizzative, fisiche e logiche idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni più idonea misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati stessi, quali controlli

periodici, custodia in armadi chiusi, dispositivi antincendio e continuità elettrica, identificazione utente, controllo anti virus, backup periodici, etc.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori della Cassa, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità della Cassa stessa e in conformità alle istruzioni che saranno dalla medesima impartite, nonché da consulenti, dipendenti di società esterne riconducibili ad alcuno dei soggetti di cui al successivo punto 3.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento di talune attività, Cassa Uni.C.A. ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli per l'effettuazione di procedure necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio delle pratiche di rimborso in genere.

I dati personali, possono essere comunicati ai seguenti soggetti:

- le Società incaricate della gestione dei servizi di Centrale Operativa e di Contact Center, delle richieste di rimborso e delle pratiche relative all'accesso in regime di assistenza diretta alle strutture convenzionate, della gestione dei collegamenti informatici, delle attività di consulenza, nonché di altre attività connesse a quelle indicate, della cui collaborazione la Cassa si avvale;

- gli Istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuto per le prestazioni;

- la Struttura medica alla quale Ella intende rivolgersi;

- le Società che gestiscono servizi postali informatizzati;

- i consulenti medici, legali e tributari della Cassa.

Ove necessario, i Suoi dati potranno essere utilizzati dalle altre società del Gruppo UniCredit.

Tali soggetti utilizzeranno i dati in qualità di autonomi "titolari" o di "responsabili" di specifici trattamenti in base ad accordi contrattuali con Cassa Uni.C.A.

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

6. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center di Cassa Uni.C.A. potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa concernente la suddetta possibilità sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato, che registrerà le chiamate in entrata. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato.

Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato – dipendenti e/o collaboratori del Call center – i quali, in qualità di incaricati del trattamento dati, svolgono il servizio di assistenza tecnica e/o coordinamento dei servizi di Customer Care.

7. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è: Cassa Uni.C.A., Unicredit cassa di Assistenza per il personale del Gruppo UniCredit Italiano, con sede in via M. D'Aviano n. 5, CAP 20131 - MILANO. Responsabile del trattamento è: Previmedical S.p.A., con sede in via E. Forlanini 24, Località Borgo Verde, CAP 31022 Preganziol (TV)

L'elenco degli ulteriori altri Responsabili, all'occorrenza, potrà essere direttamente richiesto alla Cassa.