

**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](mailto:info@fondofida.it) – sito web: [www.fondofida.it](http://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  
In qualità di: ☐ 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'invalidità permanente allegare anche:**

- Grado d'invalidità 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 unipro 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 richiesto Le 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**.