

## MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

### A. DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

|  |           |                          |        |                          |  |      |      |
|--|-----------|--------------------------|--------|--------------------------|--|------|------|
| COGNOME  |           |                          |        |                          |  |      |      |
| NOME   |           |                          |        |                          |  |      |      |
| DATA E LUOGO DI NASCITA                                      | DATA      | ...../...../.....        | COMUNE |                          |  | PROV |      |
| NAZIONALITA'   |           |                          |        |                          |  |      |      |
| RECAPITO POSTALE   | INDIRIZZO |                          |        |                          |  |      |      |
| COMUNE   |           |                          |        | CAP                      |  |      | PROV |
| TELEFONO CEL   |           |                          |        |                          |  |      |      |
| SESSO  | M         | <input type="checkbox"/> | F      | <input type="checkbox"/> |  |      |      |
| C. FISCALE   |           |                          |        |                          |  |      |      |
| <b>INDIRIZZO MAIL – OBBLIGATORIO</b>                         |           |                          |        |                          |  |      |      |
| (VERRA' UTILIZZATO PER TUTTE LE<br>COMUNICAZIONI DI EBITEMP) |           |                          |        |                          |  |      |      |
|  |           |                          |        |                          |  |      |      |
| DIPENDENTE DELL'AGENZIA PER IL LAVORO                        |           |                          |        |                          |  |      |      |
| CONTRATTO (COMPRESSE PROROGHE) A PARTIRE DA                  |           |                          |        | A                        |  |      |      |
| TOTALE IMPORTO FATTURA/e PAGATA/e                            |           |                          |        |                          |  |      |      |

### B. DATI FAMILIARI (solo in caso di rimborso per familiari a carico)

|       |          |                 |
|-------|----------|-----------------|
| NOME: | COGNOME: | CODICE FISCALE: |
| NOME: | COGNOME: | CODICE FISCALE: |
| NOME: | COGNOME: | CODICE FISCALE: |
| NOME: | COGNOME: | CODICE FISCALE: |

### C. MODALITA' DI PAGAMENTO

|                          |                      |           |  |  |  |  |
|--------------------------|----------------------|-----------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | BONIFICO BANCARIO    | COD. IBAN |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | BONIFICO DOMICILIATO |           |  |  |  |  |

**ATTENZIONE:** in caso di bonifico domiciliato il lavoratore non riceverà alcun assegno a casa ma dovrà ritirare i soldi presso un qualsiasi ufficio postale entro e non oltre 30 gg dal pagamento di cui sarà data comunicazione

DATA \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

GIL PRESENTE MODULO E GLI ALLEGATI DEVONO ESSERE INVIATI **ENTRO 90 GIORNI** DAL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI TRAMITE:

**RACCOMANDATA** ALL'INDIRIZZO: EBITEMP – TUTELA SANITARIA - CORSO VITTORIO EMANUELE II, 269 - 00186 ROMA

**POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA** ALL'INDIRIZZO [segreteria@pec.ebitemp.it](mailto:segreteria@pec.ebitemp.it). LA MODULISTICA E GLI ALLEGATI DOVRANNO ESSERE INVIATI ESCLUSIVAMENTE DA UN INDIRIZZO DI POSTA CERTIFICATA (PEC) IN FORMATO PDF.

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### INFORMATIVA

Ai sensi dell'art. 13, Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196  
(Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)

Gentile Signore/a,  
Informiamo che:

1. I Suoi dati personali sono necessari al fine di consentire a E.BI.TEMP, di perseguire il proprio oggetto sociale ai sensi delle vigenti norme di legge; il trattamento dei Suoi dati potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici e comunque automatizzati;
2. Il conferimento dei Suoi dati personali, salvo che non venga reso obbligatorio da successive norme di legge, è facoltativo;
3. Il mancato assenso al trattamento dei dati personali a Lei richiesti, potrebbe comportare l'impossibilità di stipulare e/o eseguire, in tutto od in parte, il contratto negoziato per Suo conto;
4. In rapporto al contratto che per Suo conto sarà negoziato potrà esserLe richiesta anche comunicazione dei dati "sensibili" di cui all'art. 26, Decreto Legislativo n. 196 del 2003; per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione, che troverà nella dichiarazione di consenso in calce alla presente informativa;
5. In relazione al trattamento dei dati personali Lei ha diritto: (A) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro generale dei trattamenti tenuto dal Garante, l'esistenza di trattamenti di dati che La possono riguardare; (B) di essere edotto su nome, denominazione o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del titolare, finalità e modalità del trattamento, nome, denominazione o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del responsabile, se nominato; (C) di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati e la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni di cancellazione e/o trasformazione, di aggiornamento e/o rettificazione e/o integrazione dei dati sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che La riguardano, previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva e di essere informati dal titolare, non oltre il momento in cui i dati sono comunicati o diffusi, della possibilità di esercitare gratuitamente tale diritto;
6. Titolare del trattamento è E.BI.TEMP in persona del Legale Rappresentante pro tempore, con sede in Roma Corso Vittorio Emanuele II 269;
7. Responsabile del trattamento è E.BI.TEMP in persona del Legale Rappresentante pro tempore, domiciliato per la carica presso la sede di quest'ultima.

### 1/3

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo, ai sensi e nei limiti del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e dell'informativa che precede, il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei dati personali.

.....li .....Firma.....

### 2/3

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo, ai sensi e nei limiti del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e dell'informativa che precede, il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei dati personali ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva.

.....li ..... Firma.....

### 3/3

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo, ai sensi e nei limiti del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e dell'informativa che precede, il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei dati personali "sensibili".

.....li.....Firma.....

## PIANO CURE

DA COMPIERE A CURA DEL MEDICO ODONTOIATRA  
CON IL DETTAGLIO DEI LAVORI ESEGUITI  
(INDICARE LA SPESA EFFETTIVAMENTE PAGATA IN FATTURA)

### CHIRURGIA DENTALE

- Estrazione

**DENTI ESTRATTI (indicare posizione)** \_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

### PARODONTOLOGIA

- Chirurgia parodontale (per entrambe le arcate)  
 Inserimento di materiale biocompatibile ( incluso qualsiasi tipo di lembo ) per emiarcata

**DESCRIZIONE** \_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

### CONSERVATIVA

- Otturazione diretta o indiretta

**DESCRIZIONE (indicare posizione)** \_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

### ENDODONZIA

- Cura canalare completa ( compresa qualsiasi tipo di otturazione ), compresa ricostruzione coronale pre-endodontica, comprese RX indorali (per dente)

**DESCRIZIONE (indicare posizione)** \_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

### IMPLANTOLOGIA

- Impianti osteo-integrati  
 Intervento di rialzo del seno mascellare o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare ( qualsiasi tecnica, trattamento completo ) con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto – Intervento ambulatoriale – per emiarcata

**DESCRIZIONE (indicare posizione)** \_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

### PROTESI FISSE

- Corona provvisoria  
 Corona definitiva

**DESCRIZIONE PROVVIS. (indicare posizione)** \_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE DEFINIT. (indicare posizione)** \_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

**PROTESI MOBILI**

- Apparecchio scheletrato ( struttura LNP o LP, comprensivo di elementi, per arcata)
- Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensivo di ganci ed elementi, per emiarcata
- Protesi totale con denti in resina o ceramica, per arcata
- Protesi totale immediata, per emiarcata e per anno

**DESCRIZIONE(indicare posizione)** \_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

**GNATOLOGIA**

- Molaggio selettivo parziale o totale, massimo 1 seduta annua
- Placca diagnostica o ortotico o bite (per entrambe le arcate e per anno)

**DESCRIZIONE** \_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

**ORTODONZIA**

- Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature rimovibili e/o funzionali o fisse vestibolari o fisse linguali o invisibili con mascherine o apparecchiature di contenzione ( qualsiasi tecnica – per arcata e per anno )

**DESCRIZIONE(indicare quante arcate)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **SPESA** \_\_\_\_\_

**Il presente Piano Cure è la specifica delle collegate fatture:**

|              |            |               |
|--------------|------------|---------------|
| Numero _____ | data _____ | importo _____ |
| Numero _____ | data _____ | importo _____ |
| Numero _____ | data _____ | importo _____ |
| Numero _____ | data _____ | importo _____ |

*(Spazio riservato al medico odontoiatra)*

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ si dichiara disponibile a fornire ad Ebitemp eventuali chiarimenti sulle fatture di odontoiatria di cui il cliente richiede il rimborso.

(indicare il numero di telefono dello studio odontoiatrico) tel. \_\_\_\_\_

**DATA**

**TIMBRO E FIRMA  
MEDICO ODONTOIATRA**

*(Spazio riservato al lavoratore)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza il dott. \_\_\_\_\_ a rilasciare eventuali informazioni richieste da Ebitemp circa i lavori di odontoiatria di cui si richiede il rimborso.

**IL LAVORATORE**

\_\_\_\_\_

**N.B. PER I RIMBORSI ECCEDENTI I 1.000 EURO EBITEMP POTREBBE EFFETTUARE DELLE VERIFICHE AVVALENDOSI DEI PROPRI CONSULENTI**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione/variazione dei FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO E CONVIVENTI (ART 46 D.P.R. N. 445/2000)**  
**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RIMBORSO PER FAMILIARI A CARICO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARO**

che il mio nucleo familiare a carico fiscalmente (sono considerati a carico fiscalmente i familiari nell'ultima dichiarazione dei redditi presentata non hanno posseduto redditi propri superiori a **2.840,51** euro), come previsto da Ebitemp, è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone conviventi:

| PARENTELA                              | NOME | COGNOME | DATA NASCITA | CODICE FISCALE | FISCALMENTE A CARICO   |
|--|------|---------|--------------|----------------|--|
| CONIUGE O<br>CONVIVENTE MORE<br>UXORIO |      |         |              |                | <input type="checkbox"/> AL 100% <input type="checkbox"/> AL 50% |
| FIGLIO/A                               |      |         |              |                | <input type="checkbox"/> AL 100% <input type="checkbox"/> AL 50% |
| FIGLIO/A                               |      |         |              |                | <input type="checkbox"/> AL 100% <input type="checkbox"/> AL 50% |
| FIGLIO/A                               |      |         |              |                | <input type="checkbox"/> AL 100% <input type="checkbox"/> AL 50% |
| FIGLIO/A                               |      |         |              |                | <input type="checkbox"/> AL 100% <input type="checkbox"/> AL 50% |

Dichiaro inoltre di essere consapevole che Ebitemp ha la facoltà di richiedere in visione la documentazione relativa allo stato di famiglia ed al reddito del familiare per il quale è richiesto il rimborso e, qualora la suddetta certificazione non risultasse veritiera, Ebitemp. ha diritto ad ogni azione disciplinare prevista dallo Statuto/Regolamento, al recupero delle somme erogate ed al risarcimento dell'eventuale danno.

In fede.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE:** Ai sensi dell'articolo 75 D.P.R. n. 445/2000, se a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. Le dichiarazioni sostitutive sono considerate come fatte a Pubblico Ufficiale. Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**Manifestazione del consenso per i familiari a carico ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 (Privacy)**

...I... sottoscritt... dichiara di essere stato messo a conoscenza delle informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs n.196/2003 e con la presente esprime liberamente il consenso, ai sensi degli artt. 23, 24, 26 del D.Lgs. n. 196/2003, alla comunicazione dei dati personali e sensibili dei propri familiari ai soggetti indicati da Ebitemp alla elaborazione dei dati finalizzati esclusivamente alla elaborazione dei rimborsi, dichiarando di essere a conoscenza dei diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D. Lgs. citato.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data Firma del richiedente per gli assistiti minorenni

**Manifestazione del consenso degli assistiti maggiorenni:**

\_\_\_\_\_  
(nome e cognome) (firma)

\_\_\_\_\_  
(nome e cognome) (firma)

\_\_\_\_\_  
(nome e cognome) (firma)

## DOCUMENTI DA ALLEGARE AD OGNI RICHIESTA DI RIMBORSO

- A) MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE
- B) PER I LAVORATORI CON CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE A TEMPO DETERMINATO: COPIA DEL CONTRATTO ED EVENTUALI PROROGHE
- C) PER I LAVORATORI CON CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE A TEMPO INDETERMINATO: COPIA DEL CONTRATTO, LETTERE DI ASSEGNAZIONE ED EVENTUALI PROROGHE
- D) COPIA ULTIMA BUSTA PAGA
- E) AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
- F) COPIA FATTURA/E QUIETANZATA/E EMESSA DA UN MEDICO ODONTOIATRA CON LA SPECIFICA DEI LAVORI ESEGUITI
- G) FOTOCOPIA CODICE FISCALE
- H) PIANO CURE - ELENCO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE RIMBORSABILI COMPILATO, FIRMATO E TIMBRATO DAL MEDICO ODONTOIATRA

In caso di richiesta di rimborso per familiare fiscalmente a carico, allegare in aggiunta:

- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/VARIAZIONE DEI FAMILIARI CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO
- CODICE FISCALE DEL PAZIENTE/FAMILIARE

**N.B.**  
**RICORDARSI DI INDICARE NEL MODULO IL PROPRIO INDIRIZZO MAIL (LEGGIBILE).**  
**IL LAVORATORE RICEVERA' VIA WEB LE COMUNICAZIONI RELATIVE**  
**ALLA PROPRIA RICHIESTA DI RIMBORSO**  
**(esito, sospensione, richiesta eventuali integrazioni, avviso di pagamento)**

**LA DOCUMENTAZIONE INVIATA AD EBITEMP NON VERRA' RESTITUITA**