

SCHEDA RICHIESTA RIMBORSO PER RICOVERO A PAGAMENTO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

AVVERTENZE:

- SCRIVERE IN STAMPATELLO

- Se la richiesta di rimborso è effettuata per familiare convivente fiscalmente a carico ricordarsi di COMPILARE e ALLEGARE anche la **SCHEDA 4- dichiarazione sostitutiva di certificazione/variazione dei familiari fiscalmente a carico**

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice fiscale _____

Residenza:

Via/Piazza _____

CAP _____ Comune _____ Prov _____

Domicilio – da compilare solo se diverso dalla Residenza:

Presso _____

Via/Piazza _____

CAP _____ Comune _____ Prov _____

Recapiti telefonici:

Telefono _____ Cellulare _____

Altri recapiti _____

Coordinate bancarie (o di conto corrente postale):

Intestatario Conto Corrente _____

CODICE IBAN (inserire un solo carattere/numero per ogni casella)

| Paese 2 lettere | CIN EUR 2 numeri | CIN 1 lettera | ABI – 5 numeri | CAB – 5 numeri | NUMERO CONTO C/C – 12 numeri |
|--------------------|---------------------|------------------|----------------|----------------|------------------------------|
| | | | | | |

In caso di mancanza di C/C bancario o postale contattare il numero verde per concordare le modalità di pagamento.

ELENCO DOCUMENTAZIONE da spedire a mezzo raccomandata r.r.:

Segnare con una croce la documentazione allegata

- Numero copie contratto/i di lavoro spediti _____;
- Copia busta paga più recente;
- Scheda 4 – Dichiarazione sostitutiva di certificazione/variazione dei familiari conviventi fiscalmente a carico;
- Modulo autorizzazione trattamento dati sensibili debitamente firmato;
- Documentazione che attesti la non disponibilità delle strutture sanitarie pubbliche/accreditate presenti nella Regione di residenza del lavoratore ad effettuare il grande intervento o la presenza di liste di attesa superiori a 30 giorni;
- Copia autorizzazione al ricovero per il grande intervento chirurgico rilasciata dalla Cassa Mutualistica Interaziendale;
- Originale della cartella clinica (se in lingua straniera con traduzione) completa di diario clinico e di anamnesi prossima e remota;
- Originali di ogni fattura di spesa e delle notule mediche relative al ricovero e agli esami pre e post intervento rimasti a carico del lavoratore.

NOTE:

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare il Regolamento assistenziale per i lavoratori somministrati a tempo determinato del Fondo Ebitemp del gennaio 2009.

Data _____

Firma _____

Informativa ex art.13 D. Lgs. 196/2003 per il trattamento di dati sensibili

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

In particolare, i dati idonei a rivelare lo stato di salute, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato.

Ai sensi dell'articolo 13 del predetto decreto, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati, nei limiti dell'Autorizzazione generale del Garante per le finalità previste dallo statuto e dal regolamento sociale della Cassa Mutualistica Interaziendale;
2. Il trattamento dei dati sarà informatizzato;
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'esecuzione di quanto contemplato dalla forma di assistenza previsto dal Fondo Ebitemp per la tutela sanitaria dei lavoratori somministrati a tempo determinato. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contenuto del Regolamento assistenziale per i lavoratori somministrati a tempo determinato e in particolare la mancata erogazione di sussidi e rimborsi.
4. I dati potranno essere comunicati esclusivamente per adempiere a quanto previsto dal Regolamento a categorie di soggetti eventualmente interessati come istituti di credito e bancari, compagnie d'assicurazione, cliniche private o aziende ospedaliere, enti per la gestione di servizi amministrativi. I dati non saranno oggetto di diffusione;
5. Il titolare del trattamento è l'associazione Cassa Mutualistica Interaziendale, con sede in Milano via Giovanni Da Procida, 24, nella persona del presidente sig. Valerio Ceffa, ivi elettivamente domiciliato;
6. Il responsabile del trattamento è il sig. Valerio Ceffa;
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Decreto Legislativo n.196/2003, - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) 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;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) 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 rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Consenso per il trattamento di dati sensibili

Luogo Data

Cognome Nome

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, vale a dire i dati "*idonei a rivelare.....lo stato di salute....*":

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma leggibile

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Firma leggibile