Fondo Integrativo Sanitario per
I Dipendenti del Gruppo ENEL

Mod.01/2016

N°PRATICA _____

MODULO PER RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE IN FORMA INDIRETTA

AVVERTENZE: LA DOMANDA PRESENTATA DEVE ESSERE CORREDATA DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA DAI REGOLAMENTI FISDE VIGENTI. LE FATTURE DEVONO RECARE LA MARCA DA BOLLO LADDOVE PREVISTA DALLA NORMATIVA FISCALE.

IL SOTTOSCRITTO/A ☐ SOCIO ORDINARIO ☐ SOCIO STRAORDINARIO ☐ SOCIO AGGREGATO

COGNOME _____ NOME _____

TEL. _____ MAIL _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **CHIEDE** ☐ PER SE ☐ PER L'AVENTE DIRITTO

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| il rimborso per la seguente prestazione sanitaria:

……

Allega: ☐ PRESCRIZIONE/ATTESTAZIONE SANITARIA ☐ CARTELLA CLINICA ☐ ALTRO
☐ FATTURA/RICEVUTA FISCALE ☐ SCHEDA PER CURE ODONTOIATRICHE ☐ CERTIFICAZIONE CURE ODONTOIATRICHE

SOGGETTO CHE HA EMESSO FATTURA/RICEVUTA FISCALE	NUMERO	DATA	IMPORTO

DICHIARAZIONI DI IMPEGNO E RESPONSABILITA' DA PARTE DEL SOCIO

Ai fini della presente domanda, il/la sottoscritto/a dichiara:
- di essersi trovato/a nella impossibilità di avvalersi del SSN/SSR per l'esigenza di fruire tempestivamente delle predette prestazioni sanitarie;
- di conoscere lo Statuto, il Regolamento delle prestazioni sanitarie, lo P.S.A.I. ed il Nomenclatore Tariffario di FISDE e di impegnarsi, secondo quanto previsto dall'art.6 del Regolamento, in particolare a:
- riversare a FISDE sul c/c postale 95885000 intestato a FISDE – Via Nizza, 152 – 00198 Roma, o sul c/c bancario Monte dei Paschi di Siena – IBAN IT18Y0103003263000000024096 intestato a FISDE, entro 30 giorni dalla data in cui ha ottenuto il rimborso corrisposto dalla Regione o da altri Organismi, l'importo stesso nei limiti del rimborso ottenuto da FISDE per le prestazioni sanitarie oggetto della medesima richiesta alla ASL ed a FISDE, nonché a riversare la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente il rimborso spettante, entro 30 giorni dal pagamento delle prestazioni fruite.

Il sottoscritto dichiara , inoltre:
- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 8 del Regolamento delle prestazioni sanitarie, riconoscendo a FISDE la facoltà di avvalersi di propri medici per il controllo delle prestazioni effettuate e per la verifica della sussistenza delle condizioni previste ai fini della concessione del rimborso;
- di essere a conoscenza delle sanzioni applicabili nel caso di produzione di documentazione o dichiarazioni non veritiere allo scopo di ottenere rimborsi non dovuti, come la sospensione del diritto alle prestazioni, o la perdita della qualifica di socio nei casi di maggiore gravità;
- che il familiare al quale è riferita la prestazione sanitaria oggetto di rimborso è un proprio familiare fiscalmente a carico per il quale ha titolo ed usufruisce delle deduzioni/detrazioni IRPEF. Al riguardo, si impegna a produrre, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello della data delle fatture relative alle prestazioni sanitarie, la documentazione fiscale attestante la situazione di carico fiscale ed a restituire a FISDE quanto percepito nel caso il familiare non risultasse fiscalmente a carico. Dichiara di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dal mancato rispetto di detto termine ovvero dalla produzione di documentazione non comprovante che il familiare era a carico;
- che la documentazione trasmessa in copia è identica all'originale in suo possesso;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di conservare in originale la documentazione fiscale di spesa e la documentazione fiscale attestante la situazione di carico (nel caso di rimborsi in favore dei familiari a carico) fino al 31 dicembre del quinto anno successivo a quello di fruizione del rimborso ed esibirla, a richiesta di FISDE.

_____ _____ _____
(luogo e data) Il Socio (firma leggibile) L'avente diritto – se maggiorenne (firma leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (D.lgs. n.196/2003)

Il sottoscritto presa visione dell'Informativa in tema di Privacy (presente anche sul sito internet del FISDE) dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i propri dati personali e sensibili siano oggetto di trattamento e comunicazione secondo le modalità e nei limiti di cui alla sopra richiamata informativa.
Dichiara, inoltre, di sciogliere dal segreto professionale i professionisti che lo hanno tenuto o terranno in cura ed i professionisti che hanno prodotto le certificazioni necessarie compilate od allegate.

_____ _____ _____
(luogo e data) Il Socio (firma leggibile) L'avente diritto – se maggiorenne (firma leggibile)