



Fondo Integrativo Sanitario per  
i Dipendenti del Gruppo ENEL

N. PRATICA

## PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE ED ICTUS CEREBRALE

Avvertenze: la prevenzione è rivolta ai Soci, familiari a carico dei Soci Ordinari, nonché – ove previsto dalle convenzioni - “Soci Aggregati” e relativi familiari a carico. La domanda completa di tutti i documenti di spesa dovrà essere presentata, entro il sessantesimo giorno successivo a quello della data dell’ultimo giustificativo di spesa. Le fatture devono recare la marca da bollo laddove prevista dalla normativa fiscale. IL RIMBORSO SARA’ EFFETTUATO A CONDIZIONE CHE TUTTE LE PRESTAZIONI PREVISTE SIANO STATE EFFETTUATE. Le eventuali prestazioni sanitarie, prescritte nel corso degli accertamenti e non previste dal programma di prevenzione, saranno rimborsate ai sensi della regolamentazione delle prestazioni sanitarie.

**RIMBORSO MASSIMO RICONOSCIUTO:** ENTRO IL LIMITE DI 250,00 - FINO A CONCORRENZA DELLA SPESA SOSTENUTA

**DESTINATARI:** SOCI DI ENTRAMBI I SESSI APPARTENENTI ALLA FASCIA DI ETÀ FRA 35 E 74 ANNI - **CADENZA CONTROLLI:** OGNI DUE ANNI

**PRESTAZIONI AMMESSE AL RIMBORSO:** PRELIEVO EMATICO (GLICEMIA, COLESTEROLEMIA TOTALE, TRIGLICERIDI, COLESTEROLO HDL, CREATININEMIA) - VISITA CARDIOLOGIA - ELETTROCARDIOGRAMMA - ECO-COLOR-DOPPLER CARDIACO - ECODOPPLER VASI EPIARTOCI

Il/La sottoscritto/a  SOCIO ORDINARIO  SOCIO STRAORDINARIO  SOCIO AGGREGATO

Cognome ..... Nome .....

Tel. .... E-mail .....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Avendo aderito al programma di prevenzione cardiovascolare ed ictus cerebrale chiede:  PER SE  PER L’AVENTE DIRITTO

Cognome ..... Nome .....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il rimborso delle spese sostenute nell’ambito del tetto massimo previsto ed allega le seguenti fatture:

| SOGGETTO CHE HA EMESSO FATTURA/RICEVUTA FISCALE | NUMERO | DATA | IMPORTO |
|---|--------|------|---------|
|   |        |      |         |
|   |        |      |         |
|   |        |      |         |

### DICHIARAZIONI DI IMPEGNO E RESPONSABILITÀ 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:
- di impegnarsi 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 IT18Y010300326300000024096 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.

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. Dichiaro 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 fiscale (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)