# Rimborso prestazioni sanitarie in forma diretta richiesta autorizzazione

**I miei dati** ☐ Socio ordinario ☐ Socio straordinario ☐ Socio aggregato (barrare la casella per indicare tipo Socio)

nome _____ cognome _____

tel. _____ e-mail _____

CF | | | | | | | | | | | | | | | | |

**chiedo** ☐ **per me** ☐ **per il familiare a carico avente diritto:** (barrare la casella)

nome _____ cognome _____

CF | | | | | | | | | | | | | | | | |

**autorizzazione alla seguente prestazione sanitaria:** _____

_____

## Compilazione a cura della struttura sanitaria convenzionata

**Struttura sanitaria** _____

**Cod. prestazione Fisde** _____ **data prevista della prestazione** _____

**Si allega:**

☐ **prescrizione/attestazione sanitaria ove prevista** (N.B. per la fisiochinesiterapia la prescrizione deve indicare diagnosi, tipologia e numero prestazioni)

☐ **preventivo/mod. di prenotazione odontoiatria** ☐ **preventivo/mod. di prenotazione ricovero** ☐ **preventivo/mod. di prenotazione fisiochinesiterapia**

## Dichiarazioni di impegno e responsabilità da parte del Socio

Per questa richiesta di autorizzazione con rimborso in forma diretta, **dichiaro**:

- l'impossibilità di avvalermi del SSN/SSR per l'esigenza di fruire tempestivamente delle predette prestazioni sanitarie (circostanza esclusa per i ticket);
- di conoscere lo Statuto, il Piano sanitario e il Nomenclatore tariffario di Fisde e di impegnarmi secondo quanto previsto dall'art. 6.4 del Piano sanitario, in particolare, entro 30 giorni dalla data in cui ho ottenuto il rimborso corrisposto dalla Regione o da altri Organismi, mi impegno a restituire a Fisde tale importo, nei limiti del rimborso ottenuto da Fisde per le prestazioni sanitarie oggetto della stessa richiesta al servizio sanitario pubblico e a Fisde, su c/c bancario BNL - IBAN IT06V0100503205000000003793 intestato a Fondo Integrativo Sanitario per i Dipendenti del Gruppo Enel, nonché a restituire la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente la spesa effettivamente sostenuta, entro 30 giorni dal pagamento delle prestazioni fruite.

Inoltre, **dichiaro che**:

- sono a conoscenza di quanto previsto dall'art. 6.7 del Piano sanitario, 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;
- sono 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 dall'esercizio del diritto alle prestazioni, o la perdita della qualifica di Socio nei casi di maggiore gravità;
- le prestazioni di cui alla presente richiesta saranno fruite nella piena titolarità del diritto alle stesse, pertanto mi impegno a restituire a Fisde le somme pagate dal Fondo alla struttura sanitaria per prestazioni fruite in assenza di titolarità del diritto;
- per le prestazioni fruite dal familiare a carico di cui alla presente richiesta, mi impegno a produrre, nell'anno successivo, la documentazione che attesta la situazione di carico fiscale, come previsto dagli articoli da 8.4 a 8.4.10 del Piano sanitario e a restituire a Fisde quanto risultasse indebitamente percepito, consapevole delle conseguenze derivanti dal mancato rispetto degli obblighi previsti;
- sono a conoscenza dell'obbligo di conservare in originale la documentazione fiscale di spesa e la documentazione fiscale attestante la situazione di carico fiscale (per 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 - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679**

Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'Area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

| luogo e data | il Socio (firma leggibile) | l'avente diritto se maggiorenne (firma leggibile) |
|---|---|---|