

Dichiarazione del familiare maggiorenne da allegare alla documentazione sanitaria e fiscale

I miei dati

dichiarante

nome

cognome

in qualità di (indicare il grado di parentela)

del Socio

nome

cognome

in relazione alla richiesta di rimborso

ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR per dichiarazioni mendaci e atti falsi

dichiaro sotto la mia responsabilità:

Dichiarazioni di impegno e responsabilità da parte del Socio e dell'avente diritto

- 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 al loro rispetto;
- come beneficiario della prestazione, di non avere diritto, a qualsiasi titolo, ad alcun risarcimento, ulteriore rimborso o indennizzo per le prestazioni sanitarie per le quali chiedo rimborso a Fisde;
- in caso di diritto a rimborsi, risarcimenti o indennizzi da parte di altri soggetti e/o enti pubblici o privati, di impegnarmi, secondo quanto previsto dall'art. 6.4 del Piano sanitario, a restituire a Fisde l'eventuale somma eccedente la spesa effettivamente sostenuta in forma diretta o indiretta fino a concorrenza del rimborso erogato da Fisde ovvero a riversare al Fondo la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente rispetto al rimborso spettante, mediante pagamento da disporsi sul c/c postale 95885000 intestato a Fisde, Via Nizza n.152, 00198 Roma, o sul c/c bancario BNL, IBAN IT06V0100503205000000003793 intestato a Fisde nel termine di 30 giorni rispettivamente decorrenti dalla data di incasso del predetto rimborso, risarcimento o indennizzo ovvero da quella di pagamento delle prestazioni fruite;

Inoltre, **dichiaro:**

- di essere 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;
- 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 mio familiare fiscalmente a carico per il quale ho titolo e usufruisco delle deduzioni/detractions IRPEF ai sensi e per gli effetti dell'art. 1.2 del Piano sanitario e con le limitazioni ivi stabilite. Al riguardo, entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello della data delle fatture relative alle prestazioni sanitarie, mi impegno a produrre la documentazione fiscale attestante la situazione di carico fiscale del familiare e 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.

continua

segue Dichiarazioni di impegno e responsabilità da parte del Socio e dell'avente diritto

- h. nel caso in cui la richiesta di rimborso abbia a oggetto prestazioni di gravidanza, parto naturale e cesareo o aborto terapeutico, terapie per sterilità/infertilità e test genetici prenatali fruiti dal mio convivente o coniuge non a carico, di avere un interesse diretto all'erogazione della prestazione e, in caso di convivenza, di essere stabilmente legato al beneficiario/fruttore da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolati da rapporti di parentela, affinità o adozione, né da matrimonio o unione civile;
- i. in caso di prestazioni fruiti da miei familiari fiscalmente a carico ovvero in caso di prestazioni legate alla maternità, fruiti da coniuge non fiscalmente a carico o convivente, il familiare al quale è riferita la prestazione sanitaria oggetto di rimborso non ha diritto a fruire, a qualsiasi titolo, di alcun risarcimento, rimborso o indennizzo erogati da altro soggetto o ente pubblico o privato e, in caso contrario, di impegnarmi sin d'ora al rispetto degli obblighi restitutori di cui alla precedente lettera d;
- l. che la documentazione trasmessa in copia è conforme all'originale in mio possesso;
- m. 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, e di esibirla, a richiesta di Fisde;
- n. di essere consapevole che Fisde è tenuto ad adempiere all'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate dei dati relativi alle spese sanitarie rimborsate, di cui all'art. 78, comma 25-bis, della legge 30 dicembre 1991, n. 413, ai fini della elaborazione, da parte dell'Agenzia delle Entrate, della dichiarazione dei redditi nonché dei controlli sugli oneri deducibili e sugli oneri detraibili.

luogo e data

il familiare maggiorenne dichiarante


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

il familiare maggiorenne dichiarante
