

**Modulo per la richiesta di rimborso**

<b><u>Assistito</u></b>
Cognome e Nome
Recapito telefonico
<b><u>Azienda</u></b>
Ragione Sociale
Sede legale
Telefono / E-mail

**- Da leggere prima dell'inoltro della richiesta di rimborso -**

- Le **fatture, ricevute fiscali, notule**, conformi alla normativa vigente, devono riportare:
  - o la **specializzazione del medico** coerente con la **diagnosi/patologia**;
  - o il **nome dello specialista** che ha effettuato la prestazione sulle fatture/ricevute rilasciate da **Istituto di Cura, Centro medico** (dotati di direzione sanitaria);
  - o per **importi superiori a € 77,47**, per i quali il bollo non è assolto in maniera virtuale, dovrà essere apposta la **marca da bollo da € 2,00**;
  - o documenti di spesa **comprensivi di più prestazioni** relative sia a **visite specialistiche** che ad **accertamenti /alta diagnostica** dovranno riportare **"obbligatoriamente"** la **specificità dei costi**.
- Per i piani sanitari che prevedono i rimborsi di **medicinali, alta diagnostica, accertamenti diagnostici, esami clinici, cure domiciliari ed ambulatoriali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, visite specialistiche** (per quest'ultime il sospetto diagnostico può essere indicato anche in fattura) **le richieste dovranno essere corredate dalla prescrizione del medico curante con l'indicazione dello stato patologico accertato o presunto e/o copia del referto**. Verranno accettate anche le ricette elettroniche che andranno a sostituire la classica "ricetta rossa". Sono espressamente esclusi i controlli. Per i rimborsi delle prestazioni (visite, accertamenti,...) di **follow-up oncologico** dovrà essere inoltrata anche la copia del **tesserino "esenzione 048"**.
- **Ricovero, Day Hospital, MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa)**: è necessaria la **"cartella clinica completa"** e la **scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)**. In caso di **Infortunio** è necessario fornire il **referto del Pronto Soccorso**.
- **Intervento Ambulatoriale\***: è richiesta la **relazione del medico specialista** attestante la natura della **patologia** con la descrizione delle prestazioni effettuate e la **copia del referto dell'esame istologico/biopsia**.
- **Trattamenti fisioterapici e riabilitativi\***, prestazioni di medicina fisica e riabilitativa devono essere effettuati esclusivamente presso **Centri Medici ed eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia** (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999), **il cui nominativo e titolo dovrà essere riportato in fattura**. In caso di *franchigia* per ciclo di cura *la richiesta di rimborso andrà presentata a fine cura*.
- **Cure odontoiatriche\***: la fattura dovrà essere integrata dal **modulo di rimborso delle prestazioni dentarie** compilato dal proprio dentista. **La richiesta di rimborso andrà presentata al termine del piano di cura**, fatto salvo che il piano non sia previsto per più annualità. In questo caso andrà presentato il preventivo di spesa.
- **Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici\***, fornire la **prescrizione medica con l'indicazione della patologia**.  
Acquisto di **lenti e/o occhiali\*** è richiesto:
  - o fattura dettagliata;
  - o **modifica del Visus certificata dal medico oculista o dall'optometrista** (*rilasciata nell'anno in corso*) con la specificità se trattasi di **"prescrizione per prime lenti"** o **"cambio visus"**. Non è riconosciuto il cambio visus rilasciato dall'ottico;
  - o **certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n. 46**.
- Qualora siano previste le **lenti a contatto** la richiesta di rimborso andrà presentata in **un'unica soluzione entro fine anno**.

*\*Garanzie attive solo se previste dal Piano Sanitario*

Spett.le  
Fondo Assistenza Previdir  
Via Andrea Noale, 206  
00155 Roma

## Programma di Assistenza Sanitaria Integrativa Richiesta di rimborso

Si prega di voler dar corso, nei termini previsti dal Regolamento di PREVIDIR, al rimborso, mediante accredito sul conto corrente bancario del sottoscritto, delle spese mediche indicate nel presente prospetto:

<b>ASSISTITO</b>	
Cognome*	Nome*
C.F.*	
Luogo e data di nascita*	
Residenza*	
Banca*	Agenzia / Filiale*
IBAN dell'Assistito* (27 cifre alfanumeriche)	

\*Tutti i dati sono obbligatori

### Indicare se trattasi di richiesta per:

- RIMBORSO  GESTIONE DIRETTA EXTRA ASSICURATIVA

### Indicare se trattasi di:

- prima richiesta di rimborso relativa all'evento  
 un "seguito" relativo alla richiesta del  
 un "seguito" relativo al ricovero / intervento in "Convenzionamento diretto" del

### Indicare se la richiesta è riferita:

- all'iscritto medesimo  
 ad un familiare a carico  
 ad un familiare non a carico

\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

\_\_\_\_\_  
(Cognome, Nome e Opzione NAC)

**Prospetto delle spese:**

	Spese per: - Ricovero - Sostenuite prima e dopo il ricovero - Diaria sostitutiva - Day Hospital - Trasporto casa di cura - Rimpatrio salma	Spese per: - Alta diagnostica extra-ricovero	Spese extra-ricovero per: - Visite specialistiche - Accertamenti diagnostici - Cure domiciliari - Cure Ambulatoriali	Spese per: - Cure e protesi dentarie ed ortodontiche - Protesi anatomiche - Lenti ed occhiali da vista	Spese a carico della Gestione in forma diretta extra assicurativa	<b>TOTALE</b>
Importo delle spese	€	€	€	€	€	<b>€ 0,00</b>
Importo rimborsato da FASI/FASDAC, ecc.	€	€	€	€	€	<b>€ 0,00</b>
Totale delle spese rimborsabili in considerazione dell'opzione prescelta:						
<b>€ 0,00</b> <i>(al lordo di eventuali scoperti e/o franchigie)</i>						

A sostegno della richiesta si allega la seguente documentazione ([clicca qui](#) per consultare la guida per le modalità di rimborso):

Per le <b>FORME COMPLETE</b> e le spese a carico della <b>GESTIONE IN FORMA DIRETTA EXTRA ASSICURATIVA</b>	Copia delle fatture comprovanti le spese di cui si richiede il rimborso ed inoltre, nel caso di ricovero, copia della cartella clinica completa
Per le <b>FORME INTEGRATIVE</b>	Copia del prospetto della liquidazione effettuata dal FASI/FASDAC ecc. ed inoltre copie della documentazione di cui al punto precedente

Premesso che per il trattamento e definizione della richiesta di rimborso è necessario fornire dati personali e dati sensibili, così come definiti all'articolo 4 e 9 del REG UE 679/2016,

**Dichiara**

che in relazione alla nota informativa di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 , che conferma di conoscere, esprime il consenso, attraverso la firma apposta in calce, al trattamento di tutti i dati personali ad esso relativi, come descritto nella nota informativa ricevuta, ai sensi dell'articolo 13 del citato regolamento , per le finalità e secondo le modalità indicate nella nota informativa medesima.

Luogo e data

Firma dell'Assicurato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma della persona a cui è riferita la richiesta  
 (Se diversa dall'assicurato. In caso di minore di chi esercita la patria potestà)

## **Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679**

Con riferimento all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "Regolamento"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la scrivente Società.

### **Finalità del trattamento**

I dati personali a Lei relativi, nonché i dati personali relativi ai Suoi familiari, che Previdir ha ottenuto o otterrà da Lei stesso in relazione alla Sua adesione al Programma Assistenza Sanitaria Integrativa e che saranno eventualmente aggiornati dopo l'adesione ed integrati con altri dati personali che Ella ci comunicherà per fruire delle prestazioni del programma stesso, sono oggetto di trattamento per le seguenti finalità:

- ottenere il rimborso delle spese mediche

### **Natura del conferimento**

Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per le attività oggetto di trattamento. Il rifiuto di fornire tali dati comporterebbe l'impossibilità di gestire il rapporto contrattuale.

### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti, nel rispetto delle misure di sicurezza di cui all'art. 32 del Regolamento, ad opera di soggetti appositamente incaricati, in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 29 del Regolamento.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento, il periodo di conservazione dei Suoi dati personali è stabilito per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati e nel rispetto dei termini prescritti dalla legge.

### **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno mai diffusi senza suo esplicito consenso.

Tuttavia essi possono essere comunicati in tutto o in parte alla Società Mizar International Insurance Brokers s.r.l. ed alla Compagnia di Assicurazione, alla quale è stata affidata la gestione e provvederà alla liquidazione delle prestazioni.

### **Trasferimento dei dati personali**

I dati personali sono conservati su server ubicati a Roma (ITA) all'interno dell'Unione Europea.

### **Categorie particolari di dati personali**

In occasione del rapporto contrattuale, ai sensi degli artt. 9 e 10 del Regolamento, Lei potrebbe conferire, al Fondo Assistenza Previdir, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" (ovvero quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale...dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"). Tale categoria di dati potrà essere trattata da Previdir solo previo Suo consenso, manifestato in forma scritta firmando tale informativa.

### **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento il diritto

di:

- a. chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c. ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d. ottenere la limitazione del trattamento;
- e. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f. opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g. opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.

**Modalità di esercizio dei diritti**

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Fondo Assistenza Previdir, all'indirizzo postale della sede, Via Andrea Noale, 206 -00155 Roma o all'indirizzo mail [fondo.assistenza@previdir.it](mailto:fondo.assistenza@previdir.it)

**Titolare e Responsabile del trattamento**

Il Titolare del trattamento è Fondo Assistenza Previdir, Via Andrea Noale, 206 - 00155 Roma Tel. 06.2295693 Fax 06.22799725 - mail: [fondo.assistenza@previdir.it](mailto:fondo.assistenza@previdir.it) . Pec : [fondoassistenzaprevidir@pec.it](mailto:fondoassistenzaprevidir@pec.it)

L'elenco aggiornato dei responsabili e degli incaricati al trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento Roma.