MODULO SN04 (compilare in stampatello) **ASSISTENZA SANITARIA**

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

Foglio _____ di _____

Spettabile
ASSIDIM
CASELLA POSTALE 111
20098 SAN GIULIANO MILANESE – MI

Cognome e nome del capo nucleo _____

Indirizzo _____

Azienda di riferimento ***Dipendenti a Riposo Mps*** codice azienda ***FRI***

Codice fiscale _____ codice nucleo _____ opzione _____

NUMERO DOCUMENTO	DATA DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI	IMPORTO	RISERVATO AD ASSIDIM
		TOTALE		

NOTA BENE:
Per gli assistiti beneficiari di opzioni integrative (E-F-I-S-T-Tspecial) **è indispensabile** che le richieste di rimborso siano corredate dal **prospetto di liquidazione del Fondo principale**, anche in presenza di convenzionamenti diretti ove l'assistito abbia sostenuto solo parte delle spese.
Verranno respinti i moduli diversi dal presente e quelli compilati in modo inesatto o incompleto.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE PER PROCEDERE ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____

C.F._____

premesso che

(i) **ho preso visione** dell'INFORMATIVA SULLA PRIVACY di cui sopra e dei diritti ivi riconosciuti compreso il diritto di revoca del consenso;
(ii) **ho preso atto che** Assidim al fine di adempiere alle richieste di rimborso dirette di spese mediche avrà necessità di raccogliere e trattare Dati relativi alla salute;
(iii) **ho preso atto che** per il corretto e lecito trattamento degli stessi si rende necessario espresso ed esplicito consenso da parte dei soggetti al quale si riferiscono le spese mediche oggetto della richiesta di rimborso e che in assenza Assidim non potrà quindi trattare tali dati e non potrà procedere al rimborso delle spese mediche;
(iv) **dichiaro e garantisco** di aver ottenuto apposita autorizzazione da parte dei componenti del mio nucleo famigliare a comunicare e trattare/fare trattare i Dati relativi alla salute al fine di ricevere la prestazione assistenziale.

presto espressamente ed esplicitamente il mio consenso per trattare i miei Dati personali relativi alla salute, affinché Assidim in qualità di titolare del trattamento dei Dati possa dar seguito alla presente richiesta di rimborso delle spese mediche.

_____, lì _ _/ _ _ /_ _ _ _ Firma _____

.