CADIPROF
CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DEGLI STUDI PROFESSIONALI

PIANO SANITARIO

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

AFFINCHÉ CADIPROF E UNISALUTE S.p.A. POSSANO VISIONARE LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa, ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE n.2016/679 (GDPR)

ACCONSENTO

- al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che mi riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità ivi indicate o obbligatorie per legge.

Resta inteso che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Nome e cognome *(leggibile)* _____ Firma del richiedente _____

ASSISTITO: Cognome _____ Nome _____

nato/a il ___ /___ /_____ a _____ Prov. _____ Stato estero _____

Residente in _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Cod. Fiscale _____ tel. _____ e-mail _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____ n° ___ CAP _____ Località _____ Prov. _____

Documentazione allegata

A. Ricovero per Interventi chirurgici / Day Hospital
- ☐ Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
- ☐ Copia delle fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket

Prestazioni pre e post ricovero
- ☐ Prescrizioni mediche con indicazione patologia
- ☐ Copia delle fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket

B. Ricovero per Interventi chirurgici: richiesta indennità sostitutiva
- ☐ Copia della cartella clinica completa

C. Diaria giornaliera per ricovero medico (senza intervento chirurgico)
- ☐ Copia della cartella clinica completa

D. Accertamenti diagnostici, Visite e Trattamenti Fisioterapici
- ☐ Copia delle prescrizioni mediche con indicazione patologia
- ☐ Copia delle fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket SSN

E. Gravidanza
- ☐ Copia delle fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket
- ☐ Copia del certificato di data presunta del parto

F. Odontoiatria
- ☐ Copia delle fatture e/o ricevute con indicazione delle prestazioni effettuate

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI ☐ NO ☐ Compagnia _____

Allego copia delle seguenti fatture (RIEMPIRE PIU' MODULI SE LE SPESE ECCEDONO GLI SPAZI DISPONIBILI)

Numero	del	Importo €	Numero	del	Importo €
Numero	del	Importo €	Numero	del	Importo €
Numero	del	Importo €	Numero	del	Importo €
Numero	del	Importo €	Numero	del	Importo €
Numero	del	Importo €	Numero	del	Importo €
Numero	del	Importo €	Numero	del	Importo €
Numero	del	Importo €	Numero	del	Importo €

Notifico le mie coordinate bancarie

IBAN: ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dichiaro sotto la mia responsabilità che la presente richiesta viene effettuata in qualità di iscritto/a alla CADIPROF, in forza presso:

Datore di lavoro _____ Cod. Fiscale (Datore di lavoro) _____

Data _____ Firma del richiedente _____

INVIARE IL MODULO E LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA A:

Centrale Operativa CADIPROF c/o UNISALUTE S.p.A. Rimborsi Clienti, Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO)