Codice FASA _____

FASA
FONDO ASSISTENZA SANITARIA ALIMENTARISTI

Compilare un modulo per ogni persona

FAI CISL TOSCANA
Via B. Del 2/a - Firenze

MODULO RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONE COVID-19 [MOD.01COVID]

ISCRITTO

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
CODICE FISCALE

E-MAIL* _____ RECAPITO TELEFONICO _____
*indicando l'indirizzo di posta elettronica autorizza il Fondo all'invio di comunicazioni tramite e-mail

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____ LUOGO E CAP DI RESIDENZA _____

AZIENDA

RAGIONE SOCIALE _____ PARTITA IVA o CODICE FISCALE _____

Chiede che gli vengano erogate le prestazioni previste, allegando la documentazione richiesta dal regolamento, per: [ ] il familiare

Il/la sottoscritto/a assicurato/a autorizza i familiari conviventi, di cui di seguito indica le generalità, ad accedere ed usufruire delle prestazioni assicurative discendenti dal proprio vincolo associativo, esprimendo specifico consenso

Cognome e Nome (in stampatello) _____ | C.F: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

[ ] CONSENTO **[ ] NON CONSENTO** **In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.**

ELENCO PRESTAZIONI E SPESE

- ☐ **INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO CON POSITIVITÀ AL COVID-19**
  - **Modulo richiesta rimborso prestazione Covid-19 [MOD.01COVID]**
  - **Lettera di dimissioni esaustiva da cui si evincano le notti di degenza e la positività da COVID-19 del tampone come da referto rilasciato dalle Autorità competenti**
  - **Qualora dalla lettera di dimissioni non si evinca la positività al Covid-19, sarà necessario inviare copia, conforme all'originale, dell'intera cartella clinica o ulteriore documentazione dalla quale si evinca la positività al virus**

- ☐ **INDENNITÀ GIORNALIERA PER ISOLAMENTO DOMICILIARE CON POSITIVITÀ AL COVID-19**
  - **Modulo richiesta rimborso prestazione Covid-19 [MOD.01COVID]**
  - **Referto del tampone che attesti la positività al COVID-19 rilasciato dalle Autorità competenti**

DATI PER IL RIMBORSO

I Fondo può effettuare il bonifico solo sulle coordinate bancarie intestate o cointestate al titolare di polizza.

CODICE IBAN (27 caratteri)

DELEGA AD AGIRE

Da compilare solo nel caso in cui si deleghi un patronato, sindacato, ecc…

Il/la sottoscritto/a assicurato delega il/la FAI CISL TOSCANA NORD _____ Via/Piazza _____ CAP _____

Ciità LUCCA _____ Prov. LU _____ C.F. o P.IVA _____

ad agire in proprio nome e per proprio conto al fine di avviare le procedure di copertura assicurativa a cui il medesimo ha diritto in virtù del proprio vincolo associativo, autorizzandolo/a a richiedere informazioni, prendere contatti, inviare e ricevere documentazione, autorizzare pagamenti.
Esclusivamente per le finalità assicurative e lo svolgimento delle attività strettamente connesse, sopra indicate, autorizzo il/la delegato/a al trattamento dei dati anche particolari.

[X] CONSENTO **[ ] NON CONSENTO** **In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.**

Per il dipendente iscritto

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI – GDPR (Reg. UE 2016/679)
Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, anche disponibile sul sito **www.fondofasa.it** nella sezione *Normativa*, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari necessari per le finalità associative ed assicurative indicate nell'Informativa.

Cognome e Nome dell'Iscritto (in stampatello)
_____

[ ] CONSENTO **[ ] NON CONSENTO**
In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Luogo e data _____

Firma del dipendente iscritto _____

Per il familiare

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI – GDPR (Reg. UE 2016/679)
Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, anche disponibile sul **sito www.fondofasa.it** nella sezione *Normativa*, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari necessari per le finalità associative ed assicurative indicate nell'Informativa.
Il/La sottoscritto/a accetta che l'iscritto principale sia l'unico destinatario delle comunicazioni da parte del Fondo e l'unico soggetto abilitato a caricare nell'area riservata, richieste di rimborso o altri documenti (includendo i dati relativi alla mia salute).

Cognome e Nome del familiare (in stampatello)
_____

[ ] CONSENTO **[ ] NON CONSENTO**
In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Luogo e data _____

Firma del familiare _____

MODULO E DOCUMENTAZIONE DA INVIARE ALL'EMAIL INFO@FONDOFASA.IT

Codice FASA _____

FASA
FONDO ASSISTENZA SANITARIA ALIMENTARISTI

Compilare un modulo per ogni persona

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

FAI CISL TOSCANA
FAI
Via B. Dei 2/a - Firenze

MODULO DI CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE AL FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA ALIMENTARISTI - FASA

(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali (disponibile sul sito https://www.fondofasa.it/modulistica/), i sottoscritti (titolare di polizza ed eventuali familiari e coniuge/convivente), apponendo la propria firma negli spazi sottostanti, dichiarano di autorizzare UniSalute S.p.A. a comunicare al Contraente di polizza **"FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA ALIMENTARISTI - FASA"**, i dati trattati per finalità assicurative, compresi quindi quelli relativi allo stato di salute.

Luogo e data	Nome e cognome _____ e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| del titolare di polizza *(in stampatello)* Firma dell'interessato
Nome e cognome _____ del coniuge/convivente *(in stampatello)* Firma dell'interessato	Nome e cognome _____ del familiare 1 * *(in stampatello)* Firma dell'interessato
Nome e cognome _____ del familiare 2 * *(in stampatello)* Firma dell'interessato	Nome e cognome _____ del familiare 3 * *(in stampatello)* Firma dell'interessato

*** Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti**

UNS_Cons_Comu_02 - Ed. 06.11.2018

UniSalute S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - unisalute@pec.unipol.it - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961
Capitale sociale i.v. Euro 17.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P. IVA 03843680376 - R.E.A. 319365
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00084 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

www.unisalute.it

Unipol GRUPPO

MODULO E DOCUMENTAZIONE DA INVIARE ALL'EMAIL INFO@FONDOFASA.IT