



F.I.L.COOP. SANITARIO

FONDO INTEGRATIVO SANITARIO LAVORATORI COOPERATIVE AGRICOLE
E DIPENDENTI SETTORE
FORESTALE

00184 Roma - Via Torino, 6 - Tel. 06/47824858 - Fax 06/47824603

MODULO PER LA RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

Il sottoscritto _____
Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____
Comune _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Residente a _____
Comune _____ Prov. CAP _____ Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

In qualità di operaio a tempo **INDETERMINATO** dell'Azienda _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

sita in _____ Via/Piazza _____ Cap _____ Prov. _____

Chiede che gli vengano erogate le prestazioni previste per:

Intervento chirurgico _____ [] per l'iscritto [] per un familiare

Cognome _____ Nome _____ del familiare

Allegati:

[] Cartella clinica

[] Stato di famiglia (se la richiesta riguarda un familiare)

[] Fatture di eventuali spese sostenute per ricoveri in clinica non convenzionata o per spese non coperte dal S.S.N.

In caso di infortunio [] (solo per l'iscritto)

[] Certificato pronto-soccorso

[] Copia denuncia dell'infortunio che il Datore di lavoro ha
necroscopico presentato all'INAIL

[] Grado di invalidità stabilito dall'INAIL
(il certificato può essere inviato anche successivamente
alla presentazione della domanda)

[] Copia del verbale dell'Autorità di PS sulla dinamica
itiner. dell'incidente in itinere.

In caso di morte [] (solo per l'iscritto)

[] Certificato di morte

[] Certificato

[] Atto notorio eredi

[] Delega eredi

[] Aut. Giudice Tutelare (In caso di Figli minori)

[] Copia del verbale dell'Autorità di P.S. sulla dinamica
dell'infortunio in

N.B. Per la compilazione barrare i quadratini che interessano.

Consenso trattamento dei dati

Barrando la casella di fianco Lei dichiara di aver letto l'informativa riportata sul retro del presente Modulo e, firmando nella riga sotto- stante, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei suoi dati personali effettuati dal Fondo, nei termini e per i fini indi- cati nell'informativa stessa.

Luogo e data _____ Firma _____

Il SOTTOSCRITTO per l'espletamento della pratica DELEGA IL PATRONATO _____ sito in _____

Via _____ n° _____ Cap _____ Prov. _____

Data _____ Firma _____

Chiede che l'importo dell'indennità liquidata sia versato sul c/c n° _____ della Banca _____

di _____ situata in via _____ Cap _____

IBAN IT	CIN	ABI	CAB	N. C/C
---------	-----	-----	-----	--------

Intestato al sottoscritto.

Firma _____

COPIA PER IL FONDO

COPIA PER L'ISCRITTO

COPIA PER L'AZIENDA

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, o rilevati dagli Elenchi anagrafici pubblicati dall'INPS ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto contrattuale. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. Potranno essere conosciuti da nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute; l'elenco di tali collaboratori, costantemente aggiornato, potrà essere da Lei conosciuto gratuitamente facendo specifica richiesta al Fondo.

I suoi dati personali saranno custoditi e controllati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, accesso non autorizzato, trattamento illecito.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione. Per lo svolgimento delle sue attività il Fondo può rivolgersi ad organismi esterni per l'effettuazione dell'attività di gestione assicurativa, anche mediante apposite convenzioni o per il servizio di elaborazione dati; il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti previdenziali e dai datori di lavoro. L'elenco delle Compagnie di assicurazioni e delle società per l'elaborazione dei dati è disponibile presso la sede del Fondo. A tali soggetti potranno essere comunicati i dati da Lei forniti: pertanto il consenso richiestoLe in calce concerne anche il trattamento da costoro effettuato.

Lei ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento o la rettificazione (art. 7, d.lgs. 196/2003); ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Il Titolare del trattamento dati è il **FILCOOP SANITARIO**, con sede in Via Torino, 6 - 00184 Roma

Il Responsabile del trattamento è **Sandro Mantegazza**

