

MODULO DI RICHIESTA PRESTAZIONI CASSACOLF

ISCRITTO/A

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato il: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ Nazione: \_\_\_\_\_

Residente in: Via/Piazza \_\_\_\_\_

NOMINATIVO INDICATO PRESSO L'ABITAZIONE (se diverso dal proprio): \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Cell : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

altro recapito da poter contattare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Chiede l'erogazione delle seguenti prestazioni:**

*(barrare solo le prestazioni per le quali si richiede l'erogazione)*

- Indennità giornaliera per ricovero ospedaliero
- Indennità giornaliera di convalescenza
- Rimborso delle spese per il pagamento di ticket sanitari
- Rimborso delle spese per il pagamento di ticket sanitari per patologie gravi (forme oncologiche maligne)
- Rimborso delle spese sanitarie per il periodo di gravidanza
- Rimborso delle spese per interventi chirurgici del neonato nel suo primo anno di vita
- Rimborso delle spese per noleggio e/o acquisto di materiale riabilitativo
- Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici
- Indennità per grandi interventi chirurgici in strutture pubbliche

### **MODALITA' DI ACCREDITO**

(barrare la modalità di accredito desiderata)

**Bonifico su c/c bancario o BANCOPOSTA (NO LIBRETTO POSTALE – NO CARTA PREPAGATA)**

Codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Intestato a: \_\_\_\_\_

Banca: \_\_\_\_\_ agenzia di: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_

**Ritiro presso qualsiasi agenzia Monte dei Paschi di Siena**

*( La Cassacolf invierà all'iscritto apposito codice identificativo che, esibito con documento di identità, permetterà di ritirare in qualsiasi sportello della banca Monte dei Paschi di Siena il corrispettivo economico )*

### **DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE**

- Modulo Richiesta Dati (**MRD/D**) compilato e firmato;
- Informativa e dichiarazione di consenso ai sensi della Legge 196/03 (**MIC/D**) compilato e firmato;
- Copia del documento di identità del dipendente in corso di validità;
- Numero quattro (4) attestati dell'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale degli ultimi quattro trimestri;
- In caso di ricovero ospedaliero si dovranno allegare i certificati di ricovero e di dimissione contenenti la **diagnosi**;
- In caso di richiesta di indennità giornaliera di convalescenza, deve essere allegata la copia della prescrizione della convalescenza stessa da parte di un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, sempre che la stessa non sia prevista nel certificato di dimissione;
- In caso di rimborso di ticket sanitari occorrerà allegare copia dei ticket pagati;
- ESAME ISTOLOGICO **obbligatorio** in caso di rimborso per forme ONCOLOGICHE MALIGNI;
- Fatture delle spese sostenute per vitto e pernottamento dall'accompagnatore nell'istituto di cura o struttura alberghiera nel caso di rimborso spese per interventi chirurgici del neonato nel suo primo anno di vita;
- Fatture delle spese sostenute per acquisto o noleggio di materiale riabilitativo e relativa prescrizione medica;
- Fatture delle spese sostenute per trattamenti fisioterapici e/o cure termali effettuate presso strutture Servizio Sanitario Nazionale del e relativa prescrizione medica;

#### **NOTE UTILI**

1. Il diritto a presentare richiesta di prestazione scatta solo se in possesso di 4 ricevute di pagamento trimestrale consecutivo

( **codice F2** ) e sia stata raggiunta la soglia minima di **€ 25,00**.

2. In caso di ricovero ospedaliero avvenuto fuori dal territorio italiano, sarà necessario allegare copia della documentazione in lingua originale e la relativa traduzione libera in lingua italiana.

3. La domanda dovrà essere inviata entro 12 mesi dall'evento pena la decadenza.

#### **Importante**

- Le fotocopie dei documenti devono essere leggibili
- La compilazione dei moduli deve essere eseguita in stampatello
- Eventuali incomprensioni dello scritto potranno causare significativi ritardi nell'esame della pratica

Data \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_