

Spett.le CAS.SA.COLF
 Corso Trieste 10
 00198 ROMA

**MODULO DI RICHIESTA DI INDENNITA' GIORNALIERA DI RICOVERO
 E DI INDENNITA' GIORNALIERA DI CONVALESCENZA DEL DIPENDENTE**

DATI RELATIVI AL DIPENDENTE

COGNOME

NOME

Indirizzo in Italia: Via/Piazza

COMUNE PROV. CAP

TELEFONO/I

E-MAIL

RICHIESTA
 DELLA
 PRESTAZIO
 NE

chiede l'erogazione della seguente prestazione:

- a) indennità giornaliera di ricovero
- b) indennità giornaliera di convalida
- c) rimborso delle spese sostenute per ticket di Alta Specializzazione

ed allega i seguenti documenti:

DOCUMEN
 TAZIONE
 ALLEGATA

casi a) e b)

[1]- In caso di ricovero e di convalida successiva al ricovero - casi a) e b) - :

- 1.1. certificato di dimissione dall'istituto di cura
- 1.2. certificato di ricovero (non dovuto se la data di ricovero è indicata nel certificato di dimissione di cui sopra)
- 1.3. relazione di dimissione (non dovuto se la diagnosi è contenuta nel certificato di dimissione di cui sopra)
- 1.4. prescrizione della convalida da parte di un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (solo in caso di richiesta di indennità giornaliera di convalida; comunque non dovuta se la convalida è prevista nel certificato di dimissione di cui sopra)

IMPORTANTE: I documenti di cui sopra vengono allegati in fotocopia. Il sottoscritto è consapevole che la CAS.SA.COLF ha il diritto di chiedere la cartella clinica relativa al ricovero, nonché gli originali o le copie autentiche dei documenti richiesti.

AB *BO* *M. Blarini* *gh* *Sp* *DR*

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
caso c)

[2] In caso di richiesta di rimborso delle spese sostenute per ticket sanitari di Alta Specializzazione - caso c) -:

- 2.1. n. ...ticket pagati nel 1° trimestre dell'anno
 2° trimestre dell'anno
 3° trimestre dell'anno
 4° trimestre dell'anno

Il sottoscritto è consapevole che ogni domanda di rimborso deve riguardare i ticket pagati durante **un solo trimestre**; in caso di ticket pagati durante differenti trimestri, essi devono essere oggetto di diverse richieste di rimborso.
IMPORTANTE: I ticket di cui sopra vengono allegati in fotocopia. Il sottoscritto è consapevole che la CAS.SA.COLF ha il diritto di richiedere gli originali o le loro copie autentiche.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
R(IN TUTTI I CASI)

[3] documentazione obbligatoria da allegare in tutti i casi:

- 3.1. MODULO RICHIESTA DATI (MRD/D) compilato e firmato
- 3.2. Numero attestati dell'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale effettuati nei quattro trimestri precedenti il trimestre durante il quale si è verificato il ricovero o durante il quale sono state effettuate le spese sostenute per ticket di alta specializzazione delle quali si chiede il rimborso, e precisamente:

ANNO	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre
<input type="checkbox"/> Anno.....	<input type="checkbox"/> Attestati n....			
<input type="checkbox"/> Anno.....	<input type="checkbox"/> Attestati n....			

IMPORTANTE: Gli attestati di cui sopra vengono allegati in fotocopia. Il sottoscritto è consapevole che la CAS.SA.COLF ha il diritto di chiederne gli originali o le copie autentiche

- 3.3. informativa e dichiarazione di consenso ai sensi della Legge 196/03 (privacy) (MIC/D) compilato e firmato dal dipendente;
- 3.4. copia documento di identità del dipendente in corso di validità.

MODALITA' DI ACCREDITO

- 1) Bonifico bancario su c/c IBAN

intestato a _____
presso (banca, ag.) _____

- 2) Versamento sul c/c postale n. _____
intestato a _____

- 3) Assegno circolare non trasferibile intestato al dipendente da inviarsi al seguente indirizzo:

Via/Piazza _____

COMUNE _____

PROVINCIA _____

Data

Firma del dipendente

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

2) CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO

Cognome

Nome

Nascita: LUOGO

NAZIONE DATA

Codice Fiscale

Cittadinanza:

TEMPO PIENO TEMPO PARZIALE: ore/settimana

DATA ASSUNZ. DATA CESSAZIONE

3) CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO

Cognome

Nome

Nascita: LUOGO

NAZIONE DATA

Codice Fiscale

Cittadinanza:

TEMPO PIENO TEMPO PARZIALE: ore/settimana

DATA ASSUNZ. DATA CESSAZIONE

4) CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO

Cognome

Nome

Nascita: LUOGO

NAZIONE DATA

Codice Fiscale

Cittadinanza:

TEMPO PIENO TEMPO PARZIALE: ore/settimana

DATA ASSUNZ. DATA CESSAZIONE

Handwritten initials/signature on the left side of the page.

Handwritten signature of the employer.

Handwritten initials/signature on the right side of the page.

DATA E FIRMA

Data

Firma del Datore di Lavoro

INFORMATIVA

Ai sensi dell'Art.13 del D.Lgs 196/03 che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa su quanto segue:

1. Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.
2. Per i trattamenti di dati sensibili idonei come nel Suo caso, a rilevare lo stato di salute, è necessario il **consenso scritto dell'interessato** e l'autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali (Art. 26 del D.Lgs. 196/03).
3. Il trattamento che intendiamo effettuare è finalizzato a gestire ed evadere le richieste di indennità giornaliera di ricovero e di eventuale convalescenza nonché di rimborso di spese sanitarie che Ella ci farà pervenire. Esso sarà effettuato dalla CAS.SA.COLF. e dalle Assicurazioni con essa convenzionate, anche tramite sistema informatico.
4. Il titolare del trattamento è il Presidente della CAS.SA.COLF, attualmente nella persona del Sig., domiciliato per la carica presso la Sede della CAS.SA.COLF, in Roma C.so Trieste 10. Ella potrà rivolgersi al titolare del trattamento per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'Art.7 del D.Lgs. 196/03, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Art.7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'Articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui ai numeri a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Con riferimento alle informazioni da Voi fornitemi e sopra contenute in questo stesso foglio, ai sensi dell'Art.23 del D.Lgs.196/03, il sottoscritto _____ nato a _____, il _____

Indirizzo in Italia: Comune _____ Provincia _____
Via/Piazza _____

esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'Art. 4 comma 1 lett. d) del decreto legislativo citato, trattandosi di dati "idonei a rivelare (...) lo stato di salute".

Esprime altresì consenso alla comunicazione dei dati in questione sia alla **CAS.SA.COLF**, associazione con Sede in Roma, in C.so Trieste 10, sia alle compagnie di assicurazione con questa convenzionate, nei limiti derivanti dalle finalità per le quali detta comunicazione viene da Voi effettuata.

Data.....

Firma del Dipendente

The image shows several handwritten signatures. One is a simple signature, another is more stylized, and there are several others, some appearing to be initials or names like 'Bo', 'ne', 'Blavins', 'R. Chis', and 'D'.

Spett.le CAS.SA.COLF
Corso Trieste 10
00198 ROMA

Il sottoscritto Datore di lavoro domestico:

COGNOME

NOME

Residenza: COMUNE PROV.

VIA

Dichiara di aver inviato in data _____, con riferimento alla polizza n° 100.724172.80, alla Compagnia Assicuratrice FONDIARIA SAI S.p.A. Divisione FONDIARIA Corso Galileo Galilei 12 10121 Torino ovvero all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza stessa sita in Piazza della Vittoria 4/16 16121 Genova (*cancellare l'indirizzo al quale non è stata inviata la comunicazione*), la comunicazione dell'infortunio occorso in data _____ al proprio dipendente:

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

Codice INPS rapporto di lavoro

Ai sensi ed in ottemperanza a quanto previsto dall'Art. 11 del Regolamento di Codesta CAS.SA.COLF il sottoscritto Vi invia la presente comunicazione corredata dei seguenti documenti:

- 1) MODULO RICHIESTA DATI che devono essere forniti dal Datore di Lavoro (MRD/DL) compilato e firmato dallo stesso
- 2) Numero ricevute attestanti l'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale effettuati relativamente sia ai quattro trimestri precedenti il trimestre durante il quale è avvenuto l'infortunio sia al trimestre in cui l'infortunio è avvenuto, e più precisamente:
 - 2.1 n. ricevute relative al trimestre anno
 - 2.2 n. ricevute relative al trimestre anno
 - 2.3 n. ricevute relative al trimestre anno
 - 2.4 n. ricevute relative al trimestre anno
 - 2.5 n. ricevute relative al trimestre anno

Le ricevute di cui sopra vengono allegare in fotocopia.
Il sottoscritto è consapevole che la CAS.SA.COLF ha il diritto di chiederne gli originali o le copie autentiche

Handwritten initials

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

- 3) informativa e dichiarazione di consenso ai sensi della Legge 196/03 (privacy) (MIC/DL) compilato e firmato.
- 4) copia della comunicazione dell'infortunio inviata alla Compagnia Assicuratrice ovvero all'Agenzia.
- 5) copia documento d'identità del Datore di Lavoro in corso di validità

DATA E FIRMA

Data

Firma del Datore di Lavoro

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Spett.le CAS.SA.COLF
Corso Trieste 10
00198 ROMA

MODULO RICHIESTA DATI CHE DEVONO ESSERE COMUNICATI DAL DATORE DI LAVORO

DATI RELATIVI
AL DATORE DI LAVORO

COGNOME
NOME
Codice Fiscale

Nascita: LUOGO
NAZIONE DATA

Cittadinanza:

Indirizzo in Italia: Via/Piazza
COMUNE PROV.
TELEFONO E-MAIL

DATI RELATIVI
AL DIPENDENTE

1) CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO

Cognome

Nome

Nascita: LUOGO

NAZIONE DATA

Codice Fiscale

Cittadinanza:

TEMPO PIENO TEMPO PARZIALE: ore/settimana

DATA ASSUNZ.

DATA CESSAZIONE

B

DL

De Blen

Cp

DL
DL
DL

2) CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO

DATORE DI LAVORO

Cognome

Nome

Codice Fiscale

LUOGO DI LAVORO

Comune

Prov.

Via

TEMPO PIENO

TEMPO PARZIALE: ore/settimana

DATA ASSUNZ.

DATA CESSAZIONE

3) CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO

DATORE DI LAVORO

Cognome

Nome

Codice Fiscale

LUOGO DI LAVORO

Comune

Prov.

Via

TEMPO PIENO

TEMPO PARZIALE: ore/settimana

DATA ASSUNZ.

DATA CESSAZIONE

4) CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO

DATORE DI LAVORO

Cognome

Nome

Codice Fiscale

LUOGO DI LAVORO

Comune

Prov.

Via

TEMPO PIENO

TEMPO PARZIALE: ore/settimana

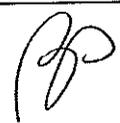
DATA ASSUNZ.

DATA CESSAZIONE

DATA E FIRMA

Data

Firma del dipendente



INFORMATIVA

Ai sensi dell'Art.13 del D.Lgs 196/03 che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa su quanto segue:

1. Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceltà e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.
2. Per i trattamenti di dati sensibili connessi, come nel Suo caso, all'infortunio occorsoLe, è necessario il **consenso scritto dell'interessato** e l'autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali (Art. 26 del D.Lgs. 196/03).
3. Il trattamento che intendiamo effettuare è finalizzato ad evadere la richiesta di copertura assicurativa della responsabilità civile del Datore di Lavoro in relazione all'infortunio occorsoLe. Il trattamento sarà effettuato dalla CAS.SA.COLF e dalle Assicurazioni con essa convenzionate, anche tramite sistema informatico.
4. Il titolare del trattamento è il Presidente della CAS.SA.COLF, attualmente nella persona del Sig., domiciliato per la carica presso la Sede della CAS.SA.COLF, in Roma C.so Trieste 10. Ella potrà rivolgersi al titolare del trattamento per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'Art.7 del D.Lgs. 196/03, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Art.7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'Articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui ai numeri a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Con riferimento alle informazioni da Voi fornitemi e sopra contenute in questo stesso foglio, ai sensi dell'Art.23 del D.Lgs.196/03,

il sottoscritto _____ nato a _____, il _____

Indirizzo in Italia: Comune _____ Provincia _____

Via/Piazza _____

esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'Art. 4 comma 1 lett. d) del decreto legislativo citato, trattandosi di dati "idonei a rivelare (...) lo stato di salute".

Esprime altresì consenso alla comunicazione dei dati in questione sia alla **CAS.SA.COLF**, associazione con Sede in Roma, in C.so Trieste 10, sia alle compagnie di assicurazione con questa convenzionate, nei limiti derivanti dalle finalità per le quali detta comunicazione viene da Voi effettuata.

Data.....

Firma del Dipendente