SAN.ARTI.
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DELL'ARTIGIANATO

MOD. MM 19-01

MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO

DATI ANAGRAFICI DELLA/DEL DIPENDENTE ISCRITTA/O A SAN.ARTI.

Nome _____ **Cognome** _____

Nata/o a_____ **Provincia**_____ **Stato estero** _____

Il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **Codice Fiscale** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Residente in Via_____ **N°** _____

Città_____ **Provincia**_____ **Cap** ☐☐☐☐☐

Cellulare _____ **E-mail**_____**@**_____

L'indirizzo e-mail è necessario per le comunicazioni da parte di SAN.ARTI.

Codice IBAN dell'Iscritta/o, o cointestato con l'Iscritta/o; 27 caratteri alfanumerici

IBAN I T ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Barrare l'oggetto della richiesta di rimborso e i documenti che si allegano in copia

☐ **Lenti correttive**
- ☐ Copia prescrizione oculista/certificazione ottico con indicazione visus
- ☐ Copia del documento di spesa (fattura, scontrino parlante, ricevuta)

☐ **PMA – Procreazione medicalmente assistita**
- ☐ **PMA per me stessa** ☐ **PMA richiesta per la coniuge/convivente**
- ☐ Copia certificazione sanitaria di ricorso alla PMA
- ☐ Copia dei documenti di spesa (fatture, ticket, scontrini parlanti, ricevute)

Solo in caso di richiesta della PMA per la coniuge/convivente:
- ☐ Stato di famiglia

Allegare copia dei seguenti documenti di spesa (es: fattura, ricevuta)

NUMERO	STRUTTURA SANITARIA/MEDICO	DATA	IMPORTO
			€ ,
			€ ,
			€ ,
			€ ,
			€ ,
			€ ,

È possibile presentare un'unica richiesta di rimborso nei limiti del massimale

Spedisci il presente modulo e la documentazione **in copia** a:

Fondo SAN.ARTI. - Ufficio Prestazioni in autogestione

Via Nomentana 134 – 00162 Roma

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **Firma dell'Iscritta/o** _____

Per valutare la richiesta di rimborso è necessario compilare tutti i campi e firmare l'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali sul retro di questo modulo.

Per info: *autogestione@sanarti.it; www.sanarti.it*

Puoi richiedere il rimborso anche on-line dal sito *www.sanarti.it/Dipendenti/AreaRiservata*

La documentazione allegata alla presente richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, ecc…) va inviata in fotocopia.
SAN.ARTI. potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale o ulteriore documentazione oltre a quella già inviata.
In caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, SAN.ARTI. ne darà comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.
Le spese sanitarie sostenute potranno essere, eventualmente, portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi solo nel limite degli importi non rimborsati dal presente Fondo.

INFORMATIVA

ai sensi dell'Articolo 13, Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

1. **CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO? CHI È IL RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ("DPO")?**

SAN.ARTI. - Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i Lavoratori dell'Artigianato, con sede legale in Roma, Via Nomentana 134, 00162, C.F. 97710930583, in persona del proprio rappresentante legale pro tempore, è il titolare del trattamento dei Suoi dati personali (il "Titolare" o il "Fondo").

Il Data Protection Officer (il "DPO") è l'avv. Silvia Stefanelli. Lei può contattare il DPO ai seguenti recapiti:
tel.: 051520315; e-mail: DPO@sanarti.it; indirizzo: via Azzo Gardino 8/A – 40122 Bologna

2. **QUALI SONO LE FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI**?

Il trattamento avrà ad oggetto i seguenti dati: dati generali di contatto (ad esempio nome e cognome, indirizzo, numeri di telefono, indirizzo mail, codice fiscale); dati fiscali; dati relativi alla salute (particolari categorie di dati); dati bancari.

Il trattamento sarà effettuato per le seguenti finalità: gestione degli iscritti e attività amministrative connesse; erogazione dei servizi di assistenza integrativa sanitaria e socio-sanitaria e attività di rimborso diretto sulle prestazioni di cui l'iscritto o il coniuge/convivente abbia usufruito; aggiornamento sulle prestazioni di cui l'iscritto a SAN.ARTI. potrà beneficiare; gestione delle credenziali di accesso all'area riservata del sito Internet di SAN.ARTI.; controlli per prevenire le frodi e atti illeciti a danno di SAN.ARTI.

Il conferimento dei dati raccolti è basato sul consenso.

In carenza di consenso non sarà possibile procedere al rimborso diretto delle prestazioni fruite.

3. **A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI?**

I dati da Lei forniti potranno essere comunicati a: personale dipendente in qualità di responsabile e/o incaricato del trattamento; consulenti esterni che tratteranno i Suoi Dati in qualità di Responsabili del trattamento nel rispetto della normativa vigente e delle istruzioni impartite da SAN.ARTI.

L'elenco dei Responsabili del trattamento è aggiornato a cura di SAN.ARTI. ed è disponibile presso la sede del Fondo per la consultazione.

In ogni caso, il Fondo potrà comunicare i Suoi dati personali, oltre che ai soggetti cui la comunicazione sia dovuta in forza di obblighi di legge anche agli istituti di credito con cui il Fondo opera a fini di pagamento.

4. **PER QUANTO TEMPO TRATTIAMO E CONSERVIAMO I SUOI DATI?**

I Dati a Lei riferibili saranno trattati dal Fondo per tutta la durata della sua iscrizione al Fondo stesso e saranno conservati: per un periodo di 12 anni dopo la cessazione dell'iscrizione al Fondo esclusivamente per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge o alla difesa di diritti del Titolare in sede giudiziaria; i dati contabili (inclusi i dati dei rimborsi effettuati) per il periodo di conservazione obbligatoria per le scritture contabili; i dati sanitari per il periodo di iscrizione e successivamente per il periodo di prescrizione ordinaria di 10 anni a partire dalla data di richiesta del rimborso.

5. QUALI SONO I SUOI DIRITTI IN QUALITÀ DI INTERESSATO DEL TRATTAMENTO?

Durante il periodo in cui il Fondo è in possesso dei Suoi Dati Lei, in qualità di interessato del trattamento, può, in qualsiasi momento, esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di accesso – Lei ha il diritto di ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di un trattamento concernente i Suoi Dati nonché il diritto di ricevere ogni informazione relativa al medesimo trattamento;
- Diritto alla rettifica – Lei ha il diritto di ottenere la rettifica dei Suoi Dati in nostro possesso, qualora siano incompleti o inesatti;
- Diritto alla cancellazione – in talune circostanze, ha il diritto di ottenere la cancellazione dei Suoi Dati presenti all'interno dei nostri archivi;
- Diritto alla limitazione del trattamento – al verificarsi di talune condizioni, Lei ha il diritto di ottenere la limitazione del trattamento concernente i Suoi Dati;
- Diritto alla portabilità – Lei ha il diritto di ottenere il trasferimento dei Suoi Dati in nostro possesso in favore di un diverso Titolare;
- Diritto di opposizione – Lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi Dati;
- Diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo – nel caso in cui il Fondo si rifiuti di soddisfare le Sue richieste di accesso, verranno fornite le ragioni del relativo rifiuto. Se del caso, Lei ha il diritto di proporre reclamo così come descritto nel seguente paragrafo 6.

Lei può esercitare i Suoi diritti contattando il Titolare o il DPO ai recapiti indicati, rispettivamente, al precedente paragrafo 1.

6. **RECLAMI**

Qualora Lei desideri proporre un reclamo in merito alle modalità attraverso cui i Suoi Dati sono trattati dal Fondo, ovvero in merito alla gestione di un reclamo da Lei proposto, Lei ha il diritto di presentare un'istanza direttamente all'Autorità di controllo.

Si precisa che Lei avrà in ogni momento il diritto di revocare il consenso prestato, indirizzando richiesta scritta esclusivamente al seguente indirizzo e-mail: privacy@sanarti.it.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR – REGOLAMENTO UE (2016/679) PER ISCRITTO AL FONDO

La/Il sottoscritta/o dichiara di aver letto e compreso l'informativa, disponibile anche sul sito di SAN.ARTI. ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute, per la gestione ed erogazione dei servizi di assistenza integrativa sanitaria e socio-sanitaria ed il rimborso diretto sulle prestazioni fruite.

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **Firma dell'Iscritta/o** _____

Solo in caso di richiesta dell'Iscritto di rimborso PMA per la coniuge/convivente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR – REGOLAMENTO UE (2016/679) PER LA CONIUGE/CONVIVENTE

La sottoscritta _____in qualità di coniuge/convivente dell'Iscritto _____ dichiara di aver letto e compreso l'informativa, disponibile anche sul sito di SAN.ARTI., e esprime il consenso al trattamento dei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute per la gestione ed erogazione dei servizi di assistenza integrativa sanitaria e socio-sanitaria ed il rimborso a favore dell'iscritto; accetta altresì che l'Iscritto _____ sia l'unico destinatario delle comunicazioni da parte di SAN.ARTI. e l'unico soggetto abilitato a caricare nell'area riservata richieste di rimborso e altri documenti, anche contenenti dati relativi alla salute, diretti a SAN.ARTI.

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **Firma della coniuge/convivente**_____