

N. protocollo	Data compilazione
	Arrivo sede regionale
Regione	Arrivo sede nazionale

Numero matricola socio

Numero mat. Rappresentante

RICHIESTA SUSSIDI

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il

(Cognome e nome)

iscritto/a dal _____

(Professione) (Azienda)

Indirizzo _____ n. _____

(Via/piazza)

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. abit. _____ Tel. ufficio _____ E-mail _____

<p>PRESTAZIONE DI APPARTENENZA <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> TUTELA GLOBALE <input type="checkbox"/> PRIMA TUTELA</p> <p><input type="checkbox"/> PARTNER <input type="checkbox"/> TUTELA FIGLI <input type="checkbox"/> A QUATTRO</p>	<p>PAGAMENTO CONTRIBUTI ASSOCIATIVI</p> <p><input type="checkbox"/> TRATTENUTA BUSTA PAGA <input type="checkbox"/> R.I.D.</p> <p><input type="checkbox"/> C/C POSTALE <input type="checkbox"/></p>
---	--

In qualità di socio chiede che gli venga corrisposto il sussidio di:

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> RICOVERO CLINICO OSPEDALIERO</p> <p><input type="checkbox"/> RICOVERO DIURNO/DAY SURGERY</p> <p><input type="checkbox"/> RICOVERO IN STRUTTURE SANITARIE RIABILITATIVE</p> <p><input type="checkbox"/> CURE ONCOLOGICHE O DELLA TALASSEMIA</p> <p><input type="checkbox"/> DIALISI</p> <p><input type="checkbox"/> GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E ACCOMPAGNATORE</p> <p><input type="checkbox"/> ASSIST. DOMICIL. PER MALATI TERMINALI NEOPLASTICI</p> <p><input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA</p> <p><input type="checkbox"/> ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> ESAMI DIAGNOSTICI STRUM. ED ESAMI DI LABORATORIO (ticket)</p> <p><input type="checkbox"/> CHIRURGIA OCULISTICA</p> | <p><input type="checkbox"/> MATERNITÀ</p> <p><input type="checkbox"/> GRAVIDANZA A RISCHIO (continuativa dopo il 30° giorno)</p> <p><input type="checkbox"/> MALATTIA (continuativa dopo il 90° giorno)</p> <p><input type="checkbox"/> INFORTUNIO SUL LAVORO ED EXTRALAVORO (continuativa dopo il 60° giorno)</p> <p><input type="checkbox"/> RIDUZIONE STIPENDIO (dopo 150 giorni di malattia)</p> <p><input type="checkbox"/> INABILITÀ TOTALE</p> <p><input type="checkbox"/> DECESSO</p> <p><input type="checkbox"/> VISITE SPECIALISTICHE (solo in Prima Tutela)</p> <p><input type="checkbox"/> TRASPORTO INFERMI (solo in Prima Tutela)</p> <p><input type="checkbox"/> CICLI DI TERAPIE (solo in Prima Tutela)</p> <p><input type="checkbox"/> TELEASSISTENZA (solo in Prima Tutela)</p> |
|--|--|

Chiede che il pagamento avvenga tramite **accredito sul proprio c/c bancario** **assegno di traenza a domicilio**

Per l'accredito bancario Utilizzare dati del RID attivo Banca _____

Indirizzo _____

Nominativi degli intestatari del c/c _____

Codice IBAN	CIN	A.B.I.	C.A.B.	CONTO
I T				

Compilare unicamente in caso di richiesta di sussidio per familiare avente diritto

Cognome e nome del familiare _____

data di nascita

Grado di parentela col socio Coniuge Figlio/a Convivente more-uxorio

Vedere nel retro i documenti da allegare - Compilare la parte interessata nelle pagine 2 e 3

Ricovero clinico ospedaliero

				Km	Int	Inf	Par	Barrare la casella corrispondente <i>Legenda</i> Km= Località oltre i 150 Km/estero Int = Intervento chirurgico Inf = Infortunio Par= Parto
dal _____	al _____	giorni _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____	al _____	giorni _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____	al _____	giorni _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____	al _____	giorni _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____	al _____	giorni _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ospedale _____ località _____ totale giorni _____

Reparto _____ Patologia _____

Ricovero diurno - Day Surgery - Dialisi - Cure oncologiche - Cure talassemia

Ospedale _____ n. giorni _____

Reparto _____ Patologia _____

Periodo anno _____ mese _____ giorni _____

 anno _____ mese _____ giorni _____

 anno _____ mese _____ giorni _____

 anno _____ mese _____ giorni _____

Ricovero in strutture sanitarie riabilitative

Ospedale _____ località _____ n. giorni _____

Periodo dal _____ al _____

Grandi interventi chirurgici e accompagnatore

Barrare se il ricovero è stato effettuato all'estero

Ospedale _____ luogo di ricovero _____

patologia _____ data intervento _____

fatture allegate n. _____ importo totale _____

dal _____ al _____ Tipo di ricovero

dal _____ al _____ Pubblico o convenzionato Privato

dal _____ al _____ Attività libero professionale in struttura pubblica o accreditata

dal _____ al _____

Cartella clinica

Nel caso in cui fosse obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo

Euro _____

Assistenza domiciliare sanitaria per malati terminali neoplastici

Data del decesso _____ Documentazione di spesa totale Euro _____

Assistenza domiciliare sanitaria

Periodo dal _____ al _____ Numero ore _____

Assistenza effettuata da _____

Alta diagnostica strumentale o alta specializzazione

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Esami diagnostici strumentali e di laboratorio (ticket)

Totale ticket allegati numero _____ Euro _____

Chirurgia oculistica

Data intervento _____

Documentazione di spesa totale Euro _____

Maternità

Data parto o adozione _____

Gravidanza a rischio (dopo il 30° giorno)

Periodo dal _____ al _____

Continuità con sussidio già erogato Sì No

Malattia (DOPO IL 90° GIORNO)

Periodo dal _____ al _____

Continuità con sussidio già erogato Sì No

Infortunio sul lavoro (dopo il 60° giorno)

Periodo dal _____ al _____

Continuità con sussidio già erogato Sì No

Infortunio extra lavoro (dopo il 60° giorno)

Periodo dal _____ al _____

Continuità con sussidio già erogato Sì No

Riduzione stipendio

Periodo dal _____ al _____

Indicare se la propria Azienda opera la riduzione di stipendio dopo 150 giorni di assenza per malattia Sì No

Inabilità totale

Data del provvedimento di riconoscimento dell'inabilità totale _____ Data pensione _____

Decesso

Per richiedere il sussidio di decesso del socio occorre compilare il quadro con i nominativi di tutti gli eredi e relativa data di nascita

1 _____	2 _____
3 _____	4 _____
5 _____	6 _____
7 _____	8 _____

Visite specialistiche

Totale fatture allegate numero _____

Euro _____

Trasporto infermi

Totale fatture allegate numero _____

Euro _____

Cicli di terapie

Totale fatture allegate numero _____

Euro _____

Luogo e data

Firma del socio

Firma (per la Società)

DOCUMENTI DA ALLEGARE PER OGNI RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER SUSSIDI

Tipo prestazioni	Documenti	Coniuge	Convivente more uxorio	Figli
Clinico ospedaliero	1-2-3-4-5	51	52	51-53-54
Ricovero diurno - Day surgery	1-6	51	52	51-53-54
Ricovero in strutture sanitarie riabilitative	1-7	51	52	51-53-54
Dialisi, cure oncologiche, cure talassemia	1-8	51	52	51-53-54
Grandi interventi chirurgici e accompagnatore	1-3-5-9-10	51	52	51-53-54
Assistenza domiciliare sanit. per malati terminali	1-11-12	51	52	51-53-54
Assistenza domiciliare	1-9-9bis	51	52	51-53-54
Alta diagnostica o alta specializzazione	1-9-10-13	51	52	51-53-54
Esami diagnostici strumentali e di laboratorio (ticket)	1-10	51	52	51-53-54
Chirurgia oculistica	1-9-10-14	51	52	51-53-54
Maternità	1-15-16	51	52	51-53-54
Gravidanza a rischio	1-15-17	-	-	-
Malattia e infortunio extra lavoro	1-18-19-20	-	-	-
infortunio sul lavoro	1-18-19-20	-	-	-
Riduzione stipendio	1-20-21	-	-	-
Inabilità totale	1-22	-	-	-
Decesso Socio	1-23-24-25-26-27	-	-	-
Decesso Familiare	1-23-24-28-29	51	52	51-53-54
Visite specialistiche - Cicli di terapie	1-9-10	51	52	51-53-54
Trasporto infermi	1-9	51	52	51-53-54
Teleassistenza	1-30-31-32	51	52	51-53-54

DOCUMENTI

- 1 Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare alcun documento
- 2 Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi
- 3 Cartella clinica (completa di anamnesi) o relazione clinica per poter usufruire della maggiorazione del sussidio per intervento chirurgico, parto o infortunio
- 4 Per i soci con meno di tre anni di iscrizione alla Società o di adesione alla Partner è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi).
- 5 Certificato di residenza, nel caso il ricovero sia avvenuto in località oltre i 150 km dalla residenza o all'estero ★.
- 6 Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o Day Surgery.
- 7 Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi (per patologie cardiache, respiratorie o neurologiche) e le terapie praticate.
- 8 Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata.
- 9 Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.
 - c. Data di emissione.
 - d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
 - f. Indicazioni di quietanzamento.
- 9bis Certificato medico attestante la malattia invalidante del socio/avente diritto e la tipologia di prestazione domiciliare sanitaria.
- 10 Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale qualora sulla ricevuta non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.
- 11 Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato.
- 12 Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale.
- 13 Prescrizione del proprio medico curante.
- 14 Cartella clinica o certificazione sanitaria del medico oculista attestante il tipo di intervento praticato e la diagnosi della malattia che ha richiesto l'intervento.
- 15 Certificazione rilasciata dal medico ostetrico attestante il parto e la settimana di gestazione in cui il parto è avvenuto.
- 16 Certificato rilasciato dal Tribunale attestante l'avvenuta adozione.
- 17 Certificato dell'Ispettorato Sanitario del Lavoro attestante l'inizio della gravidanza a rischio e la necessità dell'assenza dal lavoro.
- 18 Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di famiglia), attestante il periodo di malattia (o Inail per infortunio).
- 19 Dichiarazione dell'Ente dal quale il socio dipende attestante il periodo di assenza per malattia (o infortunio).
- 20 Fotocopia della busta paga riferita al periodo di malattia o infortunio (solo per coloro che pagano i contributi associativi tramite ccp o Rid).
- 21 Dichiarazione mensile dell'Ente dal quale il socio dipende che certifichi le giornate di malattia prima della riduzione stipendio e il periodo di malattia successivo.
- 22 Dichiarazione di riconoscimento della totale inabilità fisica o mentale a carattere permanente accertata dagli Enti preposti a questo riconoscimento (Istituti previdenziali che liquidano la pensione d'inabilità, Commissioni per l'invalidità civile, ecc.).
- 23 Certificato di decesso.
- 24 Certificato medico attestante la causa del decesso.
- 25 Copia autentica del testamento (ove esiste).
- 26 Atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva di atto notorio per gli eventuali eredi legittimi in ordine alla loro legittimazione (Art. 4 Legge 4 gennaio 1968 n. 15).
- 27 Copia autenticata del decreto del giudice tutelare per l'impiego delle somme spettanti agli eredi minori (rilasciato dal Tribunale).
- 28 Certificato originale di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio
- 29 Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 18 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:
 - a. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticato dagli Enti preposti, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico.
- 30 Dichiarazione medica attestante lo stato di necessità di teleassistenza.
- 31 Documento comprovante il versamento della cauzione.
- 32 Richiesta di attivazione del servizio (moduli specifici).
- 51 Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio ★.
- 52 Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more uxorio ★.
- 53 Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 18 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:
 - a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico ★.
- 54 Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 25 anni, se permanentemente inabili al lavoro:
 - a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico ★;
 - b. dichiarazione in originale rilasciata dagli Enti preposti a questo riconoscimento attestante l'inabilità permanente al lavoro.

NORME GENERALI

AVVERTENZE

Tutti i documenti devono essere in originale o fotocopie autenticate dalle Sedi regionali della Società.

Per evitare furti o smarrimenti i sussidi verranno pagati con l'accredito sul proprio c/c bancario o, in mancanza di questo, con assegni di traenza a domicilio del socio.

Le richieste di sussidio devono essere consegnate o spedite alle sedi regionali. Gli indirizzi delle sedi regionali sono indicati sul giornale Il Treno.

Tutte le notizie richieste e necessarie per la liquidazione del sussidio vanno compilate con calligrafia chiara e leggibile, possibilmente in stampatello.

Moduli incompleti o illeggibili ritarderanno inevitabilmente la procedura della liquidazione della pratica.

DICHIARAZIONE DI NOTORIETÀ

Tutti i documenti segnati con ★ possono essere sostituiti con il modulo per la **dichiarazione di notorietà da autenticare presso le nostre sedi Regionali.**

TERMINI DI PRESENTAZIONE

I sussidi vengono erogati solo su richiesta del socio o del familiare erede direttamente interessato, da trasmettere alla Società entro 365 giorni dalla fine dell'evento che dà titolo al sussidio; dopo tale termine, il diritto al sussidio si estingue. (cfr. art. 4.4 del Regolamento)

DOCUMENTAZIONE

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto. La documentazione deve essere presentata o eventualmente integrata entro 180 giorni dalla presentazione della domanda di sussidio, pena la decadenza dal diritto di sussidio. (cfr. art. 4.5 del Regolamento)