

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 _____ Cell. _____ E-mail _____

PRESTAZIONE DI APPARTENENZA
 TUTELA GLOBALE PRIMA TUTELA
 PARTNER TUTELA FIGLI A QUATTRO

PAGAMENTO CONTRIBUTI ASSOCIATIVI
 TRATTENUTA BUSTA PAGA R.I.D.
 C/C POSTALE

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

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

Chiede che il pagamento avvenga tramite accredito sul proprio c/c bancario assegno di trattenuta 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

Ricovero clinico ospedaliero

			Km	Int	Inf	Par	Barrare la casella corrispondente Legenda Km=Localit <input type="checkbox"/> 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 _____

Interventi chirurgici sussidiabili e accompagnatore

Barrare se il ricovero 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 _____

Attivit 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 verr 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 giornaliero erogato Sì No

Malattia (dopo il 90° giorno)

Periodo dal _____ al _____

Continuità con sussidio giornaliero erogato Sì No

Infortunio sul lavoro (dopo il 60° giorno)

Periodo dal _____ al _____

Continuità con sussidio giornaliero erogato Sì No

Infortunio extra lavoro (dopo il 60° giorno)

Periodo dal _____ al _____

Continuità con sussidio giornaliero 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

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
Interventi chirurgici sussidiabili 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 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 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 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 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'inabilità 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)