

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

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

## Ricovero clinico ospedaliero

			Km	Int	Inf	Par	<b>Barrare la casella corrispondente</b> <b>Legenda</b> 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 \_\_\_\_\_ localit  \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ localit   \_\_\_\_\_ 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)