fisde
Fondo integrativo sanitario per i dipendenti del Gruppo Enel

modulo 13-2024

Rimborso prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale

solo per la richiesta di rimborso cartacea riservata al Socio straordinario se cessato dal servizio prima del 1° gennaio 2021.

Attenzione: la richiesta di rimborso deve essere corredata della documentazione prevista dal Piano sanitarie;
le fatture devono recare la marca da bollo ove prevista dalla normativa fiscale.

I miei dati

_____ CF | | | | | | | | | | | | | | | | |
nome e cognome

_____ _____
telefono e-mail

chiedo ❑ per me ❑ per l'avente diritto:

_____ CF | | | | | | | | | | | | | | | | |
nome e cognome

il rimborso per:

soggetto che ha emesso fattura/ricevuta fiscale	numero	data	importo

come da fatture/ricevute fiscali che allego.

Dichiarazioni di impegno e responsabilità da parte del Socio

Ai fini della presente richiesta di rimborso, **dichiaro**:

- di essermi trovato/a nella impossibilità di avvalermi del SSN/SSR per l'esigenza di fruire tempestivamente delle predette prestazioni sanitarie (circostanza esclusa per i ticket);
- di conoscere lo Statuto, il Piano sanitario e il Nomenclatore tariffario di Fisde e di impegnarmi, secondo quanto previsto dall'art. 6.4 del Piano sanitario, in particolare a restituire a Fisde, entro 30 giorni dalla data in cui ho ottenuto il rimborso corrisposto dalla Regione o da altri Organismi, tale importo nei limiti del rimborso ottenuto da Fisde per le prestazioni sanitarie oggetto della medesima richiesta al servizio sanitario pubblico e a Fisde, su c/c postale 95885000 intestato a Fisde, Via Nizza, 152 - 00198 Roma, o su c/c bancario BNL - IBAN IT06V0100503205000000003793 intestato a Fisde, nonché a restituire la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente la spesa effettivamente sostenuta, entro 30 giorni dal pagamento delle prestazioni fruite.

Inoltre, **dichiaro**:

- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 6.7 del Piano sanitario, riconoscendo a Fisde la facoltà di avvalersi di propri medici per il controllo delle prestazioni effettuate e per la verifica della sussistenza delle condizioni previste ai fini della concessione del rimborso;
- di essere a conoscenza delle sanzioni applicabili nel caso di produzione di documentazione o dichiarazioni non veritiere allo scopo di ottenere rimborsi non dovuti, come la sospensione dall'esercizio del diritto alle prestazioni, o la perdita della qualifica di Socio nei casi di maggiore gravità;
- che il familiare al quale è riferita la prestazione sanitaria oggetto di rimborso è un mio familiare fiscalmente a carico per il quale ho titolo e usufruisco delle deduzioni/detrazioni IRPEF. Al riguardo, mi impegno a produrre, entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello della data delle fatture relative alle prestazioni sanitarie, la documentazione fiscale attestante la situazione di carico fiscale e a restituire a Fisde quanto percepito nel caso il familiare non risultasse fiscalmente a carico. Dichiaro di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dal mancato rispetto di detto termine ovvero dalla produzione di documentazione non comprovante che il familiare era a carico;
- che la documentazione trasmessa in copia è identica all'originale in mio possesso;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di conservare in originale la documentazione fiscale di spesa e la documentazione fiscale attestante la situazione di carico fiscale (nel caso di rimborsi in favore dei familiari a carico) fino al 31 dicembre del quinto anno successivo a quello di fruizione del rimborso ed esibirla a richiesta di Fisde.

luogo e data _____

Consenso al trattamento dei dati personali - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679
Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

il Socio (firma leggibile)	**l'avente diritto se maggiorenne** (firma leggibile)	**il Tutore/Amm. Sost./Procuratore** (firma leggibile)