



# Richiesta di rimborso delle spese sanitarie

## Modulo R/2021/05

Non autosufficienza

### MODALITÀ COMPILAZIONE

Il modulo deve essere inviato insieme a:

- **Verbale di accertamento** della condizione di non autosufficienza rilasciato dall'Unità Operativa Medicina Legale
- Documento comprovante il rilascio **dell'indennità di accompagnamento**/attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento da parte da APAPI (Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa)

Se la richiesta è compilata da persona diversa dall'iscritto/a allegare copia della carta di identità dell'iscritto/a Sanifonds e del richiedente

### MODALITÀ INVIO

Il presente modulo deve essere inviato scegliendo una delle seguenti modalità:

- email: [rimborsi@gestionef.it](mailto:rimborsi@gestionef.it)
- fax: **0461.1738969**
- **consegna cartacea**: esclusivamente previo appuntamento telefonico (0461.1919742) o prenotandosi sul sito ([www.sanifonds.tn.it](http://www.sanifonds.tn.it)).

## Dati per l'istruttoria della pratica

### Dati beneficiario iscritto/a a Sanifonds

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_  
 Domiciliato in \_\_\_\_\_  
 Via/piazza \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

chiede di accedere alla copertura della Non Autosufficienza

In qualità di iscritto/a a Sanifonds

*Oppure se il richiedente non è l'iscritto/a in qualità di*

- genitore o persona titolare della potestà genitoriale o persona affidataria del/la beneficiario/a  
 tutore/curatore del/la beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

### Dati bancari

Intestatario \_\_\_\_\_

IBAN

Banca \_\_\_\_\_

# Richiesta di accesso alla garanzia

L'iscritto/a può optare alternativamente per le garanzie A.10.1 e A.10.2.

Qualora l'iscritto/a nel semestre di richiesta si sia trovato in entrambe le situazioni (assistito a domicilio e successivamente in RSA, o viceversa) può barrare entrambe le garanzie specificando il periodo di permanenza in ciascun luogo.

**Garanzia A.10.1 Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti assistiti a domicilio**

**A.10.1.1 Copertura base**

Data di inizio \_\_\_\_\_ Data di eventuale  
trasferimento in RSA \_\_\_\_\_

**A.10.1.2 Copertura plus (attivabile solo per gli iscritti già aderenti alla copertura base)**

	Somma degli importi delle fatture	Numero di documenti di spesa allegati
Spese sociosanitarie		
Spese per adeguamento domestico		
Spese di consulenza		
Totale		

**Garanzia A.10.2 - Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti ricoverati in RSA**

Ragione sociale RSA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di inizio \_\_\_\_\_ Data di eventuale  
trasferimento a domicilio \_\_\_\_\_

**Dichiarazione di responsabilità**

Il Sottoscritto, consapevole e cosciente delle conseguenze in caso di dichiarazioni false e mendaci (art. 11, comma 2, DPR n. 403/98), nonché delle sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76, comma 4, DPR n. 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità:

- che tutto il materiale presentato in fotocopia o con altro mezzo di riproduzione degli originali ai fini del rimborso per le prestazioni medico sanitarie usufruite, corrisponde al vero e riproduce esattamente e fedelmente i documenti originali;

- che tutta la documentazione prodotta riguarda esclusivamente prestazioni sanitarie effettuate ed erogate solo ed esclusivamente a al beneficiario della copertura;
- di prendere atto che i documenti non saranno restituiti;
- di essere informato che Sanifonds non svolge attività di consulenza fiscale e che quindi il medesimo resta responsabile personalmente delle dichiarazioni rese in proprio ai fini di sgravio fiscale all'Agenzia delle Entrate (DPR n. 917/86);
- di accettare che Sanifonds possa richiedere la presentazione della documentazione in originale, con garanzia di restituzione, dopo i dovuti controlli.

Luogo e data  
\_\_\_\_\_

Firma del beneficiario  
\_\_\_\_\_

*Se la domanda è stata compilata da persona diversa dall'iscritto/a poiché questo/a si trova in una situazione di impedimento legata a ragioni connesse allo stato di salute*

Luogo e data  
\_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
\_\_\_\_\_

# Informativa e trattamento dei dati personali

---

In coerenza con quanto previsto dalle disposizioni in materia di tutela dei dati personali e in particolare con quanto disposto dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati), Sanifonds Trentino intende fornirLe con la presente informativa le dovute informazioni in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e di eventuale diffusione degli stessi, la natura dei dati in nostro possesso e del loro conferimento.

1. I suoi dati verranno trattati per le finalità istituzionali di Sanifonds Trentino, relative a: iscrizione al Fondo e gestione dei diritti, degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualità di assistito, a norma di legge, di statuto, di regolamento e delle norme attuative dei piani sanitari; amministrazione della copertura sanitaria; gestione di eventuali contenziosi (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie); invio di materiale informativo dell'attività di Sanifonds Trentino e di organismi convenzionati afferente al legittimo interesse (es. newsletter, documentazione di riconoscimento, inviti a manifestazioni, indagini di soddisfazione strettamente funzionali al miglioramento del servizio, ecc.).

2. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" in quanto idonei a rivelare lo stato di salute ai sensi dell'art. 4, co.1, lett. d) e dell'art. 26. Il trattamento dei dati sensibili è ammesso, nei limiti strettamente necessari alla fornitura dei servizi di assistenza, grazie al consenso dell'interessato e alle autorizzazioni di carattere generale adottate dal Garante per la protezione dei dati personali: nel caso in questione, il riferimento è all'Autorizzazione n. 3/2014. Il trattamento effettuato su dati sensibili, nei limiti posti dalla normativa vigente, ha le seguenti finalità: procedere al riconoscimento e alla liquidazione di rimborsi e sussidi per spese sanitarie sostenute; autorizzazione di prestazioni sanitarie in forma diretta presso centri sanitari convenzionati (per il tramite dell'acquisizione, a titolo esemplificativo, di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti). Precisiamo che senza i Suoi dati, e senza il Suo consenso al loro trattamento, non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

3. I dati sono trattati da Sanifonds Trentino, in qualità di autonomo titolare del trattamento solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi di assistenza sanitaria richiesti o in Suo favore previsti; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini a soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa. I tempi di conservazione dei dati sono quelli strettamente necessari per le finalità per i quali sono stati raccolti. I dati personali non verranno trasferiti all'estero fuori della Comunità UE. Il trattamento non comporta processi decisionali automatizzati.

4. Il titolare del trattamento è Sanifonds Trentino, con sede legale in Via Degasperi n. 77, 38123 Trento in persona del Legale Rappresentante. Il responsabile designato del trattamento è il Direttore di Sanifonds Trentino. Incaricati del trattamento sono i collaboratori di Sanifonds Trentino, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e soltanto per il conseguimento delle finalità correlate ai servizi da noi forniti.

5. Per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione al rapporto intercorrente tra Lei e Sanifonds Trentino, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti: in particolare, per le sole finalità di assistenza alle operazioni legate alla fornitura dei servizi previsti, a:

- la/le società di assicurazione e broker assicurativi incaricati da Sanifonds Trentino per la prestazione di servizi assicurativi;
- la società di service preposta da Sanifonds alla determinazione dei rimborsi delle spese per prestazioni sanitarie;
- il/gli istituto/i bancario/i preposto/i da Sanifonds Trentino alla riscossione dei contributi e al pagamento dei rimborsi;
- le società che gestiscono su incarico di Sanifonds servizi professionali quali l'invio informatizzato di comunicazioni agli iscritti e le analisi tecnico attuariali necessarie alla formulazione di Piani sanitari;
- l'Agenzia delle Entrate a cui Sanifonds Trentino deve trasmettere i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate ai sensi dell'art. 78, comma 25-bis, della legge 30 dicembre 1991, n. 413.

6. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento e, segnatamente:

- a) ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- b) ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5 co. 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati;
- c) ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- d) opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; al trattamento di dati personali che lo riguardano, ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale;
- e) proporre reclamo all'Autorità di Controllo.

I diritti di cui al presente art.6 potranno essere esercitati rivolgendosi alla segreteria della Direzione Generale, utilizzando l'indirizzo e-mail [segreteria@sanifonds.tn.it](mailto:segreteria@sanifonds.tn.it) e specificando, nell'oggetto della comunicazione, il riferimento "Tutela privacy". Il termine per la risposta all'interessato è, per tutti i diritti (compreso il diritto di accesso), fissato in un 1 mese, estendibili fino a 3 mesi in casi di particolare complessità; il Titolare del trattamento si impegna comunque a dare un riscontro all'interessato entro 1 mese dalla richiesta, anche in caso di diniego.

Luogo e data

---

Firma del beneficiario

---

*Se la domanda è stata compilata da persona diversa dall'iscritto/a poiché questo/a si trova in una situazione di impedimento legata a ragioni connesse allo stato di salute*

Luogo e data

---

Firma del richiedente

---