

Questo incidente o questa malattia hanno permesso all'assicurato di beneficiare di un esonero del ticket? _____
Se sì, in quale data? _____

Hanno comportato il riconoscimento, da parte del Servizio Sanitario o altro Ente Statale, di un'inabilità permanente? _____
Se sì, in quale data? _____

In caso di risposte affermative, allegare la copia del titolo.

| | |
|--|---|
| Spostarsi (all'interno della residenza abituale) | <input type="radio"/> da solo, senza aiuto di terzi <input type="radio"/> da solo, con l'utilizzo di ausili (indicare gli ausili) _____ <input type="radio"/> da solo, ma necessita di assistenza nei passaggi posturali (indicare i passaggi) _____ <input type="radio"/> Passivo, non autonomo |
| Vestirsi | <input type="radio"/> si può vestire da solo <input type="radio"/> necessita di aiuto per alcuni indumenti specifici (indicare quali) _____ <input type="radio"/> necessita di aiuto per vestire la parte superiore o inferiore del corpo <input type="radio"/> necessita di aiuto per vestire sia la parte superiore che quella inferiore del corpo |
| Lavarsi | <input type="radio"/> si lava da solo <input type="radio"/> deve essere aiutato per lavare la parte inferiore del corpo <input type="radio"/> deve essere aiutato per lavare la parte superiore del corpo <input type="radio"/> necessita di aiuto solo per determinati atti di igiene (indicare quali) _____ <input type="radio"/> necessita di aiuto totale |
| Pasti (preparazione esclusa) | <input type="radio"/> può servirsi e mangiare da solo <input type="radio"/> deve essere aiutato solo per servirsi (tagliare gli alimenti, aprire le confezioni) <input type="radio"/> con aiuto totale <input type="radio"/> con sonda |
| Turbe del comportamento | <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> episodiche <input type="radio"/> frequenti <input type="radio"/> permanenti |
| Orientamento (temporale e spaziale) | <input type="radio"/> buono <input type="radio"/> perturbato in circostanze non abituali <input type="radio"/> totalmente disorientato |
| Comprensione | <input type="radio"/> ordini complessi <input type="radio"/> ordini semplici <input type="radio"/> nessuna |
| Espressione | <input type="radio"/> normale <input type="radio"/> orale ridotta <input type="radio"/> gestuale o nessuna |

Questa situazione è:

- DEFINITIVA
- SUSCETTIBILE DI MIGLIORAMENTO
- SUSCETTIBILE DI AGGRAVAMENTO

Qualità della/delle persone che dispensano l'assistenza: _____

Natura e frequenza dei loro interventi: _____

Luogo e data _____ Timbro e firma del medico _____

Inviare il presente modulo compilato e firmato in ogni sua parte a
F.I.L.COOP. Sanitario – Via G. B. Morgagni, 33 – 00161 Roma

GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (Garanzia prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)

Nel momento in cui si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambiente familiare, dovrà produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'iscritto.

Il fascicolo di richiesta di apertura delle prestazioni dovrà contenere un certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'iscritto, la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, il Filcoop Sanitario, invia un questionario medico al medico curante o ospedaliero tramite l'iscritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà, inoltre, fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero e il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'iscritto, dovrà essere inviata al Filcoop Sanitario.

Quest'ultimo analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'iscritto;
- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza sembrano insufficienti;

Il Filcoop Sanitario avrà sempre la possibilità di far verificare lo stato di non autosufficienza dell'iscritto da parte di un medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti risultati necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà di nuovo essere esaminato dal Fondo quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dell'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'iscritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte del fondo secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'iscritto che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie o di assistenza (su presentazioni di fatture, ricevute in originale) entro i limiti previsti dall'articolo "Somma assicurata".

Il fascicolo di richiesta di rimborso spese dovrà contenere la seguente documentazione:

- modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra ricovero.

Il pagamento di quanto spettante all'iscritto viene effettuato a cura ultimata, previa consegna al Filcoop Sanitario della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Il fondo si riserva la facoltà di procedere in ogni momento ad un controllo dello stato di salute dell'iscritto e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta.

Potrà, inoltre, richiedere comunicazione di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute del beneficiario. In caso di rifiuto da parte dell'iscritto di sottoporsi ad un controllo o di comunicare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso.



INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ai sensi degli artt. 13 GDPR (Reg. UE 679/2016)

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto associativo. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Per lo svolgimento delle attività connesse al vincolo associativo i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione dei servizi assicurativi e/o di elaborazione ed invio di materiale informativo sulle attività del Fondo.

L'elenco aggiornato dei responsabili e delle società incaricate per l'elaborazione ed invio del materiale informativo, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta al Fondo.

Per la gestione e copertura delle prestazioni assicurative a cui ha diritto in qualità di associato al Fondo, i suoi dati saranno comunicati e trattati da UnipolSai. UnipolSai provvederà, nel caso in cui si scelga di accedere direttamente alle prestazioni in Strutture Convenzionate, a comunicare mensilmente al Fondo, tutti i dati riguardanti le prestazioni erogate, tale da consentire al medesimo Fondo la verifica delle prestazioni ed il corretto adempimento del vincolo assicurativo sottoscritto con UnipolSai.

UnipolSai tratterà i suoi dati sulla base della propria informativa, disponibile anche nella sezione *Normativa* del sito www.filcoopsanitario.it.

Il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti.

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni assicurative richieste e connesse al vincolo associativo.

I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.

In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo ad un'Autorità di controllo. L'informativa estesa è disponibile sul sito www.filcoopsanitario.it nella sezione Normativa.

Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail **dpo@filcoopsanitario.it**

Il titolare del trattamento dati è **FILCOOP SANITARIO** con sede legale in Via G.B. Morgagni, 33 — 00161 Roma
info@filcoopsanitario.it