



Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale: _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Rapporto di lavoro tempo pieno tempo parziale (ore settimanali _____)

Data assunzione ____ - ____ - _____ data cessazione ____ - ____ - _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE (barrare solo le prestazioni per le quali si richiede l'erogazione)

- Indennità giornaliera per ricovero ospedaliero (**allegare certificato di ingresso/dimissioni contenente la diagnosi**);
- Forme oncologiche (**allegare certificato di ingresso/dimissioni contenente la diagnosi ed esame istologico**);
- Indennità per grandi interventi chirurgici in strutture pubbliche (**allegare certificato contenente la diagnosi**);
- Indennità giornaliera di convalescenza (**allegare certificato ospedaliero o del medico curante**);
- Rimborso delle spese per il pagamento di ticket sanitari (**allegare i ticket contenenti la descrizione della prestazione effettuata**);
- Rimborso delle spese sanitarie per il periodo di gravidanza (**allegare ricevute di pagamento**);
- Contributo maternità (**allegare certificato di nascita ed il certificato di attribuzione del codice fiscale del neonato**);
- Rimborso delle spese per interventi chirurgici del neonato nel suo primo anno di vita (**allegare spese per interventi chirurgici e/o spese vitto e alloggio dell'accompagnatore, dell'istituto di cura o della struttura alberghiera**);
- Rimborso delle spese per noleggio e/o acquisto di materiale riabilitativo (**allegare ricevute di pagamento e prescrizione medica**);
- Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici (**allegare ricevute di pagamento e prescrizione medica**);
- Prestazioni psicoterapeutiche (**allegare fatture delle sedute di terapia effettuate**);
- Contributo oneri funerari (**Certificato di decesso e dichiarazione sostitutiva atto di notorietà degli eredi**);
- Allegare i bollettini PagoPA I.N.P.S. (**4 trimestri precedenti l'evento per il quale si richiede la prestazione**) comprensivi del codice **F2** che attestino il versamento dei contributi di assistenza contrattuale (Art. 4 - 5 e seguenti) e le relative ricevute di pagamento;
- Copia del documento di identità del dipendente in corso di validità.

NOTE UTILI

- In caso di ricovero ospedaliero avvenuto fuori dal territorio italiano, sarà necessario allegare copia della documentazione in lingua originale e la relativa traduzione libera in lingua italiana;
- La domanda dovrà essere inviata entro 12 mesi dall'evento pena la decadenza;
- Le fotocopie dei documenti devono essere leggibili;
- La compilazione dei moduli deve essere eseguita in stampatello;
- Eventuali incomprensioni dello scritto potranno causare significativi ritardi nell'esame della pratica;
- La modulistica verrà accettata solo se compilata in ogni sua parte, pertanto dovrà essere utilizzata solo per la richiesta di rimborso delle prestazioni.
- Tutta la documentazione dovrà essere inviata a mezzo mail all'indirizzo: pratiche@cassacolf.it o tramite area riservata MYCASSACOLF (www.cassacolf.it)



per l'esecuzione e la gestione del rapporto con il socio/iscritto	<ul style="list-style-type: none">• attività preordinate al godimento di prestazioni e servizi destinati a lavoratori e datori di lavoro iscritti, e specificamente evasione di richieste di indennità, nonché di rimborso di spese sanitarie• adempimento di attività statutarie• gestione del rapporto dall'instaurazione alla sua definizione	<ul style="list-style-type: none">• nome, cognome *• codice fiscale *• luogo e data di nascita *• indirizzo fisico e telematico *• numero di telefono fisso e/o mobile *• derivati dallo stato di famiglia• relativi all'inquadramento ed al luogo lavorativo/azienda ove presti la tua attività lavorativa *• i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, concernenti la posizione lavorativa ricoperta, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*• la tua adesione a sindacati *• la quota della tua trattenuta sindacale *
per l'archiviazione e la conservazione	<ul style="list-style-type: none">• iscrizione per tutta la sua durata• adempimento di obblighi conseguenti al rapporto instaurato	<ul style="list-style-type: none">• nome, cognome *• codice fiscale *• indirizzo fisico e telematico *• dati contabili *
per l'invio di comunicazioni di natura promozionale dei servizi/attività di CAS.SA.COLF	<ul style="list-style-type: none">• tuo specifico consenso	<ul style="list-style-type: none">• nome, cognome *• indirizzo fisico e telematico *• numero di telefono fisso e/o mobile *
per la comunicazione a terzi (enti pubblici e privati, società, assicurazioni, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo) per la promozione	<ul style="list-style-type: none">• tuo specifico consenso	<ul style="list-style-type: none">• nome, cognome *• indirizzo fisico e telematico *• numero di telefono fisso e/o mobile *• i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, concernenti la posizione lavorativa ricoperta, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*



<p>per la comunicazione a terzi (alle strutture CAS.SA.COLF, nonché enti pubblici e privati, assicurazioni, società, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo) in dipendenza della gestione di servizi anche connessi al rapporto giuridico e degli obblighi che ne derivano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • adempimento di obblighi discendenti dal rapporto 	<ul style="list-style-type: none"> • nome, cognome * • codice fiscale * • luogo e data di nascita * • indirizzo fisico e telematico* • numero di telefono fisso e/o mobile * • relativi all'inquadramento ed al luogo lavorativo/azienda ove presti la tua attività lavorativa * • i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, concernenti la posizione lavorativa ricoperta, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*
<p>per l'adempimento degli obblighi di sicurezza informatica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • adempimento di obblighi discendenti dal rapporto instaurato • legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi e destinatari 	<ul style="list-style-type: none"> • indirizzo di posta elettronica * • log di accesso piattaforme dedicate *

Quali dati personali che verranno trattati non sono stati ricevuti da te?

Dati anagrafici
Dati informatici

Quali sono le fonti presso cui è avvenuta la raccolta dei dati personali che ti riguardano?

altri titolari del trattamento (es. le strutture INPS)

le strutture CAS.SA.COLF, nonché enti, società, assicurazioni, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto societario e partecipativo

elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale

provider servizi informatici

Quelli tra i tuoi dati, raccolti o comunque trattati da CAS.SA.COLF indicati con * si intendono necessari e il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità per CAS.SA.COLF di dar seguito alle attività relative al trattamento principale.

La CAS.SA.COLF ti informa che puoi esercitare in qualsiasi momento il diritto di reclamo all'Autorità competente e gli altri diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679.

Per maggiori informazioni consulta l'informativa completa sul sito www.cassacolf.it o contattaci al 0685358034.



Prestazione del consenso

- Se hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra previste, per l'espletamento dei servizi specifici forniti da CAS.SA.COLF

In caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo favore.

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma

- Se hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra previste, per la comunicazione dei tuoi dati personali anche alle Compagnie di assicurazione convenzionate con CAS.SA.COLF, nei limiti derivanti dalle finalità (erogazione delle prestazioni) per le quali detta comunicazione viene effettuata.

In caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo favore.

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma

- Se hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità previste ivi compresa la comunicazione a terzi dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi di CAS.SA.COLF, nonché enti pubblici e privati, assicurazioni, società, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma