

## MODULO RIMBORSO FAMILIARI "DENTISTA PER LA FAMIGLIA"

### L'ISCRITTO CADIPROF

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita gg \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aaaa \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale  Tel. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fax \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**E-mail**  @  .

*(N.B. Indicare l'indirizzo e-mail e un numero di fax da utilizzare per la trasmissione di comunicazioni da parte della C.A.DI.PROF.)*

Dipendente dello Studio \_\_\_\_\_ C.F. o P.I. Studio

### Chiede per il proprio familiare (coniuge/convivente o figlio)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale

### Il contributo per la seguente garanzia del "Dentista per la Famiglia" *(barrare una delle caselle)*

Allegare sempre l'autocertificazione stato di famiglia e una copia recente busta paga oltre alla specifica documentazione indicata

#### **RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA COMPLETA (per il coniuge/convivente)**

- Attestazione Odontoiatra compilata, con timbro e firma leggibili del dentista, con indicazione del numero e posizione degli impianti.
- Piano di cura dell'impianto e preventivo.
- Passaporto dell'impianto (perno).
- Copia degli esami strumentali diagnostici pre e post cura in formato digitale (file PDF o JPEG).
- Copia fotostatica delle fatture/parcelle quietanzate, nelle quali siano evidenziate esclusivamente le prestazioni oggetto della presente garanzia.
- Certificazione di conformità del manufatto protesico rilasciato dall'odontotecnico (corona su impianto).
- Dichiarazione spese sostenute (in caso di spese intestate al coniuge/convivente).

#### **TRATTAMENTO ORTODONTICO (per i figli)**

- Preventivo di spesa e di cura e Attestazione Odontoiatra compilata, con timbro e firma leggibili del dentista, che indichi con chiarezza il grado IOTN e la relativa lettera di problematica di malocclusione.
- Cefalometria preliminare al trattamento o telecranio, in alternativa fotografie intra ed extra orali inerenti il caso.
- Immagini dei calchi in gesso (o impronte digitali) in formato PDF o JPEG.
- Copia fotostatica delle fatture/parcelle quietanzate, nelle quali siano evidenziate esclusivamente le prestazioni oggetto della presente garanzia.

#### Elenco documenti di spesa allegati

Fattura/Parcella numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_

Fattura/Parcella numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_

Fattura/Parcella numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_

Fattura/Parcella numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_

#### Ai fini dell'erogazione del rimborso delle spese sopra elencate, che dichiaro di aver sostenuto, vogliate provvedere all'accredito sul c/c:

**IBAN:**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), si informa che il trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti l'iscritto, i suoi familiari (inerenti dati anagrafici e/o sanitari) e il datore di lavoro, forniti con il presente modulo e con la documentazione allegata, è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che a fornire informazioni sui nostri servizi. Il trattamento avverrà presso la sede della C.A.DI.PROF. (di seguito per brevità denominata Cassa) in Roma con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

La Cassa garantisce che il trattamento dei predetti dati e dei documenti allegati avviene secondo modalità idonee a garantirne la sicurezza, la riservatezza e l'integrità. I dati non verranno utilizzati per finalità difformi da quelle sopra indicate. Per finalità scientifiche e/o statistiche i dati saranno rappresentati in forma anonima. I dati potranno essere comunicati solo ad eventuali nostri Collaboratori, Responsabili o Incaricati del trattamento. Il conferimento dei dati è necessario per l'esatta esecuzione degli obblighi contrattuali e di legge e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico della Cassa.

Agli interessati sono riconosciuti tutti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e/o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le relative richieste per posta al Titolare e Responsabile del trattamento dati per C.A.DI.PROF. ovvero al suo legale rappresentante pro tempore.

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento e consapevole che lo stesso può riguardare dati sensibili, in particolare idonei a rivelarne lo stato di salute, l'interessato con la firma del modello, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'iscritto/a \_\_\_\_\_

#### INVIARE IL MODULO E LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA TRAMITE UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

**E-MAIL:**            onto@cadiprof.it

**FAX:**                06 5918506

