

Spett.le **FONDO ASSISTENZA DIPENDENTI**
c/o Banca Antonveneta
P.tta Turati, 2 **Padova**

Cortese att.ne Presidente del F.A.D.

Oggetto: Richiesta di contributo straordinario_spese mediche 2010

Il sottoscritto _____ **matr.** _____

in servizio presso _____ - _____

(solo se **Esodato** indicare di seguito indirizzo completo, recapito telefonico e codice IBAN)

con la presente richiede un **CONTRIBUTO STRAORDINARIO** in base a quanto previsto dal
vigente **Regolamento F.A.D., ARTICOLO 8 - punto** _____ **(*)**.

Si trasmette documentazione *in originale* (**più fotocopia**) attestante la spesa sostenuta
**(Allegare sempre l'attestazione riportante la patologia presunta e/o accertata che ha reso
necessario il ricorso medico):**

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Fattura/ricevuta nr. | | | | |
| Data fattura/ricevuta | | | | |
| Importo fattura/ricevuta | | | | |
| Totale spesa sostenuta: (solo se superiore a € 150,00) | | | | |
| Altre eventuali note: | | | | |

(*) come da Regolamento:

Art. 8 - Le somme raccolte con l'iscrizione al FAD, compresi eventuali importi straordinari del datore di lavoro, nonché eventuali fondi residui di precedenti gestioni, verranno destinati come segue:

- A) SOLIDARIETA'**: la Commissione valuterà l'entità del contributo da erogare sulla base della documentazione presentata
- B) SOSTEGNO ai ricoveri** e alle inerenti prestazioni (escluse le cure dentarie) nella misura del 60% degli scoperti e/o franchigie, fino ad un massimo di € 1.500,00
- C) GRAVI PATOLOGIE** (es. oncologiche, immunodeficienze, sclerosi, etc.) la Commissione valuterà l'entità del contributo da erogare
- D) CURE e METODI TERAPEUTICI non contemplati dalla polizza** (es. fecondazione artificiale, logopedia, psicomotricità, plantari, vaccini per allergie, agopuntura, fisioterapia, psicoterapia di coppia, etc.): la percentuale di rimborso non potrà superare l'60% dell'importo della spesa documentata fino ad un massimo di € 2.000,00.

La Commissione valuterà soltanto le richieste di importo superiore a € 150,00 per evento, anche nel caso di somma di più fatture relative alla stessa patologia.

Art.9 - Tutte le richieste di cui ai punti B,C,D, dovranno essere documentate da fatture in originale e corredate da certificazione medica.

DICHIARAZIONE: Io sottoscritto autorizzo il Fondo Assistenza Dipendenti, Banca Antonveneta e Banca Monte dei Paschi di Siena al trattamento dei miei dati personali e sensibili, necessari allo svolgimento delle attività di gestione connesse alla richiesta di contributo straordinario.

Firme del richiedente e del familiare maggiorenne beneficiario del rimborso

Riservato al F.A.D.:

Importo contributo erogato Euro seduta C.A. del