



DOMANDA DI RIMBORSO INTEGRAZIONE A.S.A. PER SPESE SANITARIE (c.d. "ASA PURA")
(utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, compilato in ogni sua parte, al seguente indirizzo:
CASPOP – Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare
Via Polenghi Lombardo, 13 – 26900 Lodi (LO)
unitamente alla documentazione medica e di spesa, secondo quanto previsto dalle Istruzioni ASA

Il/La sottoscritto/a Associato in servizio Associato in quiescenza Data ___/___/___

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSOCIATO RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Azienda di appartenenza/Matricola _____

CHIEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE

secondo il **REGOLAMENTO ASA** e come di seguito specificato, per sé o per il familiare sotto specificato

DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Codice Fiscale _____

CASISTICA SPESA	Riferimento Regolamento	EURO	Nr. Allegati
Visite mediche specialistiche e relativi ticket	A.1		
Accertamenti diagnostici e relativi ticket	A.2		
Sedute psicoterapiche e relativi ticket	A.3		
Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e rieducativi a seguito di malattia e infortunio e relativi ticket	B		
Medicinali elencati nella farmacopea ufficiale	C		
Cure dentarie	D		
Interventi chirurgici e rette di degenza	E		
Rette in casa di riposo o in strutture di lungo degenza	F		
Lenti e montature per occhiali e lenti corneali	G		
Assistenza infermieristica	H		
Assistenza socio-sanitaria (domiciliare)	I		
Protesi, ausili e presidi	J		
Spese di trasporto con ambulanza per motivi di urgenza	K		
TOTALE			

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del Servizio Sanitario Nazionale.

Indicare la presenza di altra copertura per le stesse spese per cui si richiede il rimborso SI NO

Compagnia / Fondo / Cassa (*) _____ Importo liquidato _____

(*) Specificare il nome degli altri assicuratori o fondi/casse e relativo numero di polizza

☛ Firma dell'Associato richiedente _____

Dichiarazione di copia identica all'originale resa ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto Associato richiedente, consapevole delle sanzioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

che la/le copia/e fotostatica/he del/i documento/i di spesa allegato/i alla presente domanda di rimborso è/sono IDENTICA/HE rispetto all'/agli originale/i in suo possesso.

☛ Firma dell'Associato richiedente _____

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003: avendo ricevuto l'informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", per le finalità connesse all'erogazione diretta da parte della Cassa delle prestazioni di Assistenza Sanitaria Aggiuntiva, **presto il consenso** al trattamento e alla comunicazione dei miei **dati personali** da parte della Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare e da parte del Banco Popolare ai soggetti (*) coinvolti nel flusso operativo, e al trattamento dei miei **dati sensibili**, nei termini strettamente necessari per la gestione e la liquidazione delle domande di rimborso previste dal regolamento dell'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva, da parte della Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare e del Banco Popolare, ivi compresa la loro comunicazione ai soggetti (*) coinvolti nel flusso operativo, nei limiti delle attività e competenze proprie di ciascuno degli stessi.
(*) Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Salute S.p.A.

☛ Firma per Consenso della persona intestataria
delle spese sanitarie (se minore, firma dell'Associato) _____