MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO "SANITA' PORTIERI"

N.B: compilare il presente modulo per le prestazioni del Piano Sanitario sotto indicate gestite direttamente in forma rimborsuale dalla CASSA PORTIERI ed inviare c/o la Sede in C.so Trieste 10, 00198 ROMA, oppure via email all'indirizzo: *caspo@cassaportieri.it*

Per usufruire invece delle prestazioni erogate in convenzione UniSalute è a disposizione il numero verde 800-009648. Per ulteriori informazioni sulle prestazioni erogate dalla CASSA PORTIERI si consulti l'apposita guida informativa all'indirizzo internet *www.cassaportieri.it.*

ISCRITTO: Cognome		Nome		
Nato/a	il	C.F |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Residente in via	n.	CAP	Località/Comune	Prov
Tel./Cell.		email		
Matricola INPS datore di lavoro (indicare sempre) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|				

Documentazione obbligatoria allegata

Rimborso ticket SSN per visite e accertamenti diagnostici
- Documento di spesa pagamento ticket SSN ☐

Rimborso di lenti e/o occhiali
- Copia prescrizione medica rilasciata nell'anno di acquisto ☐
- Copia documento di spesa (*fatture e/o ricevute fiscali*) ☐

Pacchetto maternità
- Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
- Indennità per parto o aborto terapeutico: copia cartella clinica completa ☐

Si allega copia dei seguenti documenti di spesa (fatture e/o ricevute)

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, CASSA PORTIERI avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Dichiaro, inoltre, di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso. In caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____ (informazione obbligatoria ai sensi dell'At.1910 Codice Civile).

AFFINCHÉ CASSA PORTIERI POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative
(Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

☐ Barrando la casella si dichiara di aver preso atto di quanto indicato nell'Informativa ***mod.LP/A-B*** (disponibile su www.cassaportieri.it) ed espresso il consenso, valevole per il trattamento dei miei dati particolari (in particolare quelli relativi alla salute personali), per finalità istituzionali della CASSA PORTIERI, apponendo la firma sul modulo stesso. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso CASSA PORTIERI non potrà dare esecuzione alla prestazione rihiesta, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili.

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie

c/c intestato a:_____ Banca_____

Codice IBAN: |__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|

Data _____ Firma dell'Iscritto_____