CASPIE
Cassa di Assistenza Sanitaria

RICHIESTA PER LE SPESE SANITARIE

Spett.le UNIONE NAZIONALE FRA I PENSIONATI DEL BANCO DI NAPOLI - VIA P.E. IMBRIANI, 9 - 80132 – NAPOLI

AFFINCHÉ CASPIE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI 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. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso CASPIE/ALLIANZ S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati CASPIE/ALLIANZ – a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data
Nome e cognome ______________________________________
C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
dell'Iscritto (in stampatello)
Firma dell'interessato

Nome e cognome ______________________________________
della persona per cui si richiede il rimborso *(in stampatello)*
Firma dell'interessato

*** Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti**

NOME E COGNOME ASS.TO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

TELEFONO CASA: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| UFFICIO | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CELL | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

INDIRIZZO E-MAIL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RESIDENTE IN VIA: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N. |__|__|__|__|__|

CAP: |__|__|__|__|__| LOCALITA' |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| PROV |__|__|

DATA 1° ADESIONE POLIZZA: / /

DOMICILIO(SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

VIA: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N. |__|__|__|__|

CAP: |__|__|__|__|__| LOCALITA': |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| PROV | |__|

COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO: **IBAN (indicare consecutivamente i 27 caratteri)**

PAESE	CIN Eur	CIN Ita	ABI	CAB	NUM. CONTO CORRENTE
|__|__|	|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

COGNOME E NOME:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Contrassegnare il tipo di polizza e il rapporto di parentela

☐ **POLIZZA LIGHT**

Pensionato	
Ogni figlio	
Nuora / genero del titolare	
Coniuge o convivente "more uxorio"	
Nipote del titolare	

☐ **POLIZZA TOP**

Pensionato single	
Coniuge non fisc. a carico o convivente "more uxorio"	
Nipote del titolare	
Pensionato e nucleo fisc. a carico, inteso come CO / FI	
Ogni figlio non fiscalmente a carico	
Nuora / Genero del titolare	

Compilare UNA richiesta di rimborso separata per OGNI PERSONA E PER OGNI MALATTIA

POLIZZA LIGHT: Documentazione richiesta

Ricovero in Istituto di cura per Grande intervento chirurgico
copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
Ricovero: richiesta indennità sostitutiva
copia cartella clinica completa ☐
prestazioni di pre e post ricovero: copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

POLIZZA TOP: Documentazione richiesta

Ricovero in Istituto di cura, day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto cesareo e aborto terapeutico e spontaneo
copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
Ricovero: richiesta indennità sostitutiva
copia cartella clinica completa ☐
prestazioni di pre e post ricovero: copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
Prestazioni di alta specializzazione
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

IMPORTANTE:

- Allegare sempre le copie fotostatiche di ciascuna fattura;
  Le fatture di importi maggiori a € 77,47 devono sempre essere complete della marca da bollo di € 2,00 come previsto dalla legge e comunque da apporre solo ed esclusivamente sull'originale prima di effettuare la fotocopia (DA INSERIRE);
- per prestazioni relative a ricoveri: allegare sempre copia della cartella clinica integrale ;
- per altre prestazioni riferite ai ricoveri (visite, esami, ecc.) precisare se precedenti o successive a ricoveri/interventi;
- per le visite specialistiche, analisi,accertamenti diagnostici e ticket occorre allegare la prescrizione medica e la relativa diagnosi (ove non risulti dalle ricevute di spesa).

Le richieste di rimborso non complete, non saranno prese in considerazione e verranno restituite al mittente

NUMERO	DATA DOCUMENTO	ENTE O MEDICO PERCETTORE	IMPORTO
RICOVERO DAL AL		TOTALE	

Allegati (oltre alla documentazione di cui sopra):

☐ copia cartella clinica - ☐ n……. prescrizioni mediche - ☐ n……. certificati medici VARIE

(eventuali note del richiedente):

_____

_____

Richiedo il rimborso delle spese sostenute come da unita documentazione, della cui autenticità mi assumo la piena responsabilità.

DATA_____. FIRMA_____