



Domanda di rimborso per spese sanitarie

(in caso di richiesta di rimborso per familiari, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo, unitamente alle copie della documentazione, dovrà pervenire al FAS al seguente indirizzo:

Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare
Sezione Liquidazioni
Via Meucci 5 - 37135 Verona

SOCIO/CAPONUCLEO (barrare con una X la casella desiderata)	<input type="checkbox"/>	IN SERVIZIO
	<input type="checkbox"/>	IN QUIESCENZA
	<input type="checkbox"/>	FONDO DI SOLIDARIETA'
	<input type="checkbox"/>	SUPERSTITE

DATA ____/____/____

DATI ANAGRAFICI CAPONUCLEO (socio o superstite)

COGNOME _____

NOME _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE PER IL QUALE SI PRESENTANO LE SPESE

COGNOME _____

NOME _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si richiede il rimborso della seguente documentazione:

(si allegano IN COPIA le seguenti fatture - si consiglia di trattenere sempre una copia della presente domanda - documenti eccedenti a quelli qui sotto elencati verranno esclusi dal rimborso)

	N° DOCUMENTO/FATTURA	DATA DOC./FATTURA	P.IVA DELL'EMITTENTE	IMPORTO						
1		____/____/____								
2		____/____/____								
3		____/____/____								
4		____/____/____								
5		____/____/____								
6		____/____/____								
7		____/____/____								



Barrare il riquadro se non si desidera l'integrazione A.S.A. per le spese sopra esposte.

Non barrare il riquadro comporta l'automatica richiesta dell'integrazione ASA.

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

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA PER LE STESSA SPESE PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
COMPAGNIA / FONDO / CASSA _____	E L'IMPORTO LIQUIDATO _____	
Allegare la lettera di liquidazione della compagnia/cassa/fondo.		

Condizioni per l'accoglienza della domanda di rimborso.

INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa privacy resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016 resa disponibile sul sito web di Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare al seguente link:

<https://www.fondoassistenzagruppobp.it/site/privacy/privacy>

MANLEVA

Il Socio si impegna a manlevare e tenere indenne il Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare, nonché i collaboratori e chiunque altro sia coinvolto nella gestione della presente pratica, da qualsiasi responsabilità, - sia solidale che disgiunta - in relazione al trattamento dei documenti e dati provenienti/forniti dal Socio, nonché alla non veridicità di quanto dichiarato ed al mancato ottemperamento a quanto previsto dalle norme di legge sulla compilazione delle note di spesa (DPR 633/72) nonché dall'art. 82 del Regolamento (UE) 679/2016 e dal Provvedimento dell'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali 146/2019.

Gli obblighi del Socio, anche di manleva, sono assunti per sé e, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1381 del Codice civile, per ciascun soggetto collegato aderente al Fondo.

DICHIARAZIONE DI COPIE CONFORMI

Dichiarazione di copie conformi agli originali: Il sottoscritto richiedente, consapevole delle sanzioni richiamate dall'art.76 del DPR445/2000 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 all'/agli originale/i in suo possesso. Accetto che il FAS possa richiedere il/i documento/i originale/i per eventuali controlli e verifiche.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per le verifiche statutariamente previste. In caso di richiesta dei documenti originali viene a cessare la manleva e a fronte di documenti falsi, manomessi o emessi non a norma del comma 2 dell'art. 21 del DPR 633/72 verrà data immediata comunicazione al Consiglio di Amministrazione del Fondo ed eventualmente alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di responsabilità a norma di legge.

NOTE FINALI

Ogni spesa presente in questa pratica viene dettagliatamente vagliata e classificata secondo le attuali regole liquidative del Fondo Assistenza. Qualora il socio intenda richiedere una revisione dovrà dettagliare e citare con precisione le parti regolamentari per supportare la richiesta del riesame della pratica e della liquidazione, in caso contrario la richiesta di revisione non verrà presa in considerazione.



Il socio sottoscrive, approva e accetta quanto sopra esposto

Firma del Socio