

# CASSA MALATTIA INFORTUNI TRE VALLI

Via Dell'Innovazione Digitale nr.8 – 26100 Cremona

Tel.: 0372/22638-25815 – fax: 0372/35908

[a.beduschi@capacimi.it](mailto:a.beduschi@capacimi.it) – [s.gandolfi@capacimi.it](mailto:s.gandolfi@capacimi.it)

## RICHIESTA DI INTEGRAZIONE SPESE 2023

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
(si prega indicare sempre un recapito telefonico ed eventuale e-mail)

Stato civile \_\_\_\_\_ codice fiscale coniuge \_\_\_\_\_  
(obbligatorio se coniugato o separato)

Dipendente AGRICOLA TRE VALLI con sede nel comune di CREMONA

### Presento la seguente richiesta di integrazione spese per l'anno 2023

- TICKET SU SPESE MEDICHE SPECIALISTICHE
- SPESE PER PROTESI OCULISTICHE
- SPESE PER PROTESI ORTOPEDICHE E CURE FISIOTERAPICHE
- SPESE PER PROTESI ACUSTICHE
- SPESE PER HANDICAP DEBILITANTI

Allego i seguenti documenti:

- COPIA DELLE RICEVUTE DEI TICKET PAGATI
- COPIA DELLE PRESCRIZIONI MEDICHE E DELLE FATTURE
- COPIA BUSTA PAGA DEL RICHIEDENTE

Banca/Posta \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Si ricorda che l'importo delle spese mediche rimborsate dalla Cassa, non può essere inserito nella dichiarazione dei redditi.

Io sottoscritto consapevole delle conseguenze che possono derivare da un comportamento non corretto si assume integralmente le proprie responsabilità.

“Il sottoscritto, ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento secondo le finalità riportate e preso atto che il trattamento è necessario all'esecuzione del contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta e preso atto che in qualsiasi momento potrò esercitare i diritti riportati negli artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679”.

**Esprime il consenso al trattamento.** L'informativa completa si trova : <https://www.capacimicr.it/privacy-e-cookie/>

Cremona, \_\_\_\_\_

Il richiedente

FIRMA \_\_\_\_\_

# CASSA MALATTIA INFORTUNI TRE VALLI

## PRESTAZIONI AMMESSE

- 1. TICKET SU SPESE MEDICHE** (compreso ticket su esami del sangue)  
Fino ad un massimo di Euro 50,00 per ogni prestazione
- 2. SPESE PER PROTESI OCULISTICHE** (montature e lenti da vista)  
Rimborsate al 100% fino ad un massimo di Euro 250,00/annue  
(alla fattura va allegata la visita oculistica e/o misurazione effettuata dall'ottico)
- 3. SPESE PER PROTESI ACUSTICHE**  
Rimborsate al 50% fino ad un massimo di Euro 310,00/annue
- 4. SPESE PER PROTESI ORTOPEDICHE E CURE FISIOTERAPICHE**  
Rimborsate al 50% fino ad un massimo di Euro 200,00/anno
- 5. SPESE PER ACQUISTO, NOLEGGIO, CURE FISIOTERAPICHE INERENTI AD HANDICAP DEBILITANTI, ADEGUATAMENTE DOCUMENTATE**  
Rimborsate fino ad un massimo di Euro 500,00/anno

Verranno accolte le richieste di integrazione per spese sostenute nell'anno e presentate a questa Cassa entro e non oltre MARZO dell'anno successivo.

Le richieste dovranno essere accompagnate dalla copia attestante la spesa medica sostenuta.

L'importo globale stanziato per il 2023 è pari a Euro 10.000,00=.

In caso le richieste di rimborso siano superiori, queste verranno riproporzionate in percentuale alla capienza stanziata.

(aggiornamento del 21/12/2023)