Salute Amica in collaborazione con INSIEMESALUTE TOSCANA mutua sanitaria integrativa

MODULO DOMANDA DI RIMBORSO

Cognome e Nome: _____
nato/a il _____ a_____(prov.___)

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
residente in via _____città_____ (prov. ___)
e-mail _____ Tel _____

COORDINATE BANCARIE IBAN C/C SUL QUALE ACCREDITARE IL RIMBORSO

(da compilare solo in caso di prima richiesta di rimborso o di variazione di dati precedentemente comunicati)

Intestatario conto corrente bancario Sig./Sig.ra _____

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI					CAB					NUMERO C/C											

Il sottoscritto richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, come da allegata documentazione.
(allegare tutta la documentazione richiesta dal Regolamento per il proprio Piano di Assistenza)

N° DOC.	DATA DOC.	PRESTAZIONE	STRUTTURA	IMPORTO

Numero documenti allegati (compresi prescrizioni ed altri documenti) ⌜ ⌝ ⌞ ⌟

NOTE: indicare di seguito eventuali variazioni di Residenza o altre Comunicazioni
_____
_____

Luogo_____ **Data** _____

Firma del richiedente _____

Salute Amica Società di Mutuo Soccorso – Ente del Terzo Settore
Via Aretina n. 251/A – 50136 Firenze
Tel. 055/2345070– Cod. Fisc. 97867730588
e-mail saluteamica@agci.it