in collaborazione con Reciproca S.M.S - ETS

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

_____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.LGS. n. 196/2003 e s.m.i.)

Con la sottoscrizione della domanda, il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs n.101 del 10 agosto 2018 per il trattamento dei dati sensibili, esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Il consenso è reso, in particolare, con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti di: a) propri consulenti e/o esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) istituti bancari, postali e società che forniscono servizi collaterali per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; c) soggetti ed enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio.

Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, etc.).

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 info@saluteamica.org