RECIPROCA S.M.S. - ETS

Largo F.lli. Alinari, 21 – 50123 Firenze (FI)

E-Mail segreteria@reciprocasms.it

MODULO PER LA DOMANDA DI RIMBORSO

Cognome*: _____ **Nome*:** _____

Codice Fiscale*: _____

Tel./Cell.: _____ **E-Mail:** _____

I campi contrassegnati con "*" sono obbligatori.

COORDINATE BANCARIE IBAN C/C su cui accreditare il rimborso

(da compilare solo in caso di prima richiesta di rimborso o di variazione dei 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.	MODALITA' DI PAGAMENTO contanti/tracciabile	PRESTAZIONE	STRUTTURA	IMPORTO

N° documenti allegati (comprese prescrizioni e altri documenti): _____

Note: indicare di seguito eventuali variazioni di Residenza o altre Comunicazioni

_____

_____

_____

Data _____ Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letto e compreso quanto indicato nell'informativa al trattamento dei dati personali[1], RECIPROCA SMS – ETS è tenuta a raccogliere il Suo consenso al trattamento dei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (c.d. sensibili), quali ad esempio quelli idonei a rivelare lo stato di salute, per le finalità indicate nell'informativa. Si ricorda che in mancanza di questo consenso RECIPROCA S.M.S. – ETS non potrà dare esecuzione al contratto associativo ed erogare le relative prestazioni mutualistiche. Il sopraindicato interessato,

☐ Presta il consenso ☐ Nega il consenso

al trattamento delle categorie particolari di dati personali che lo riguardano.

Data _____ Firma _____

[1] L'informativa è stata consegnata in sede di iscrizione ed è comunque disponibile sul sito https://www.reciprocasms.it/pdf/informativa_rimborsi.pdf