



Programma
Rimborso Spese Sanitarie
da Infortunio e Malattia

Programma Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio e Malattia

RICHIESTA DI ADESIONE

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto

DALLE ORE	DEL
-----------	-----

I nominativi e/o categorie da assicurare ed i relativi capitali sono riportati nell'allegato prospetto.

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi assicurativi dovuti per il periodo sotto specificato:

DALLE ORE	DEL
ALLE ORE	DEL

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

LUOGO E DATA

ESTREMI DEL RICHIEDENTE

RAGIONE SOCIALE			
SEDE IN		INDIRIZZO	
CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.		TELEFONO	FAX
ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA		REFERENTE	
TELEFONO	CELL	E-MAIL	

LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME - NOME			CODICE FISCALE		
INDIRIZZO			COMUNE	PROV.	CAP
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROV.	ETÀ	PROFESSIONE	SESSO F M
COD. SOTTOGR.	COD. GRUPPO	DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO	N. DOC	RILASCIATO DA	DATA SCADENZA

Programma Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio e Malattia

RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE

DATI ANAGRAFICI

NOMINATIVO DIPENDENTE			
AZIENDA ASSOCIATA			
CATEGORIA	<input type="checkbox"/> QUADRO	CATEGORIA	<input type="checkbox"/> IMPIEGATO
CATEGORIA	<input type="checkbox"/> OPERAIO	CATEGORIA	<input type="checkbox"/> ALTRO
BANCA	AGENZIA DI		N.
N. IBAN			

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE (ORIGINALE E UNA FOTOCOPIA)

TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
TIPO DI DOCUMENTO	DESCRIZIONE DELLA SPESA	DATA DOCUMENTO	IMPORTO
			TOTALE

DATI ANAGRAFICI DA INDICARE SOLO IN CASO DI VARIAZIONE

VIA/PIAZZA	COMUNE	PROV.
------------	--------	-------

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy,

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei

dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute e acconsente del pari alla comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE

Programma Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio e Malattia
RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE - DIRIGENTI
DATI ANAGRAFICI

NOMINATIVO DIRIGENTE		TELEFONO	
AZIENDA ASSOCIATA			
ISCRITTO <input type="checkbox"/> FASI	ISCRITTO <input type="checkbox"/> FASDAC	ISCRITTO <input type="checkbox"/> _____	
RAPPORTO DI PARENTELA CON L'ISCRITTO	FORMA <input type="checkbox"/> COMPLETA	FORMA <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA	FORMA OPZIONE
BANCA	AGENZIA DI		N.
N. IBAN			

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE (ORIGINALE E UNA FOTOCOPIA)

GARANZIA IMPORTO	DIARIA DA RICOVERO	RICOVERO	ONCOLOGICHE CARDIACHE ALTA DIAGNOSTICA	VISITE SPECIALISTICHE ANALISI DI LABORATORIO	PROTESI ANATOMICHE	PROTESI DENTARIE	LENTI	TOTALE
SPESA SOSTENUTA								
RIMBORSO* FONDO								
DIFFERENZA								
FRANCHIGIA**								
A** LIQUIDARE								

* Riservato al Dirigente

** Riservato alla Cassa

DATI ANAGRAFICI DA INDICARE SOLO IN CASO DI VARIAZIONE

VIA/PIAZZA	COMUNE	PROV.
------------	--------	-------

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy,

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei

dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute e acconsente del pari alla comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE