

COMUNICAZIONE COORDINATE BANCARIE PER RIMBORSO PRESTAZIONI

Il presente modulo, debitamente firmato, può essere inoltrato anche per fax o dalla sezione Contatti del sito internet www.casagit.it

ATTENZIONE: Per la validità del modulo, allegare obbligatoriamente copia tessera sanitaria e documento di identità

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

COD. FISCALE (obbligatorio) _____ **COD.CASAGIT** _____ sesso M F

DOMICILIO Città _____ via _____

provincia _____ cap _____ stato _____

RESIDENZA (compilare solo se diversa da quella domicilio)

Città _____ via _____

provincia _____ cap _____ stato _____

CONTATTI telefono _____ e-mail _____ @ _____

indirizzo di posta certificata _____ @ _____

Iscritto al: Piano Sanitario Casagit Piano Sanitario Salute Sicura Piano Sanitario Salute Serena

Piano Sanitario Salute Attiva Piano Sanitario Salute Giovane

Preso atto che la Casagit Salute provvede al rimborso delle prestazioni sanitarie esclusivamente mediante bonifico bancario autorizza l'accredito dei rimborsi spettanti sulle coordinate IBAN appresso indicate che saranno utilizzate anche per i rimborsi di pratiche ai familiari.

Paese <small>europeo (due lettere)</small>	Check <small>(due numeri)</small>	CIN <small>(un a lettera)</small>	ABI <small>(cinque numeri)</small>	CAB <small>(cinque numeri)</small>	Numero conto corrente <small>(12 caratteri alfanumerici senza interposizioni)</small>
□ □	□ □	□	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Intestatario del conto _____

presso la banca _____ Città/Filiale _____

Per i bonifici internazionali è necessario indicare, anche, il codice SWIFT/BIC (8 o 11 caratteri alfanumerici)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CASAGIT SALUTE NON SARÀ RESPONSABILE, PER MANCATI PAGAMENTI O PAGAMENTI NON ANDATI A BUON FINE, OVE I DATI BANCARI FORNITI RISULTASSERO ERRATI O NON PIÙ VALIDI.

_____ li _____

Firma _____

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell' articolo 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatica e telematica esclusivamente per le operazioni relative ai servizi richiesti dal socio. A tal fine i dati possono essere trasmessi a soggetti terzi che svolgono attività strettamente connesse all'operatività di Casagit Salute.

_____ li _____

Firma _____