

Al Consiglio di Amministrazione della
RECIPROCA S.M.S. - ETS

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ Prov. _____ in data _____
Residente a _____ in _____ CAP _____
C.F. _____ Tel. _____
E-Mail _____

DOMANDA

di essere iscritto a **RECIPROCA S.M.S. - ETS** in qualità di titolare del rapporto di associazione, con l'assunzione di quanto previsto e prescritto dallo Statuto e dal Regolamento.

Dichiara di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento, dei quali ha ricevuto copia, impegnandosi ad osservarli integralmente e di accettare sin d'ora ogni variazione dei predetti, che fosse approvata dalla competente Assemblea, in particolare le deliberazioni concernenti la determinazione delle prestazioni del Piano Assistenziale e dei contributi associativi.

In attesa dell'esito della presente domanda allega lo stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.

Dichiara di avere altre forme di copertura sanitaria oltre a quella del SSN: **Sì** **No**

Se Sì, si impegna a comunicare alla RECIPROCA SMS – ETS l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso.

Chiede che gli eventuali sussidi e rimborsi gli vengano accreditati sul proprio c/c bancario

COORDINATE BANCARIE IBAN

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N.C.C.

Luogo e Data

Firma

Il sottoscritto libera dal vincolo del segreto professionale i medici e le strutture sanitarie a cui si rivolge e autorizza conseguentemente RECIPROCA S.M.S. – ETS ad assumere informazioni pertinenti e ad acquisire copia di tutta la documentazione sanitaria oggetto delle garanzie prestate. Dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa al trattamento dei dati personali.

In caso di estensione del piano al nucleo familiare la copertura dovrà coinvolgere l'intero nucleo familiare e restare confermata e valida per l'intera durata dell'iscrizione da parte dell'Associato Principale, nonché per i successivi rinnovi (fin tanto che fanno parte del nucleo) e per tutta la durata della convenzione con il datore di lavoro.

Gli importi relativi alla quota di iscrizione e il contributo associativo annuale per i familiari sono indicati nel Piano Sanitario al quale si è aderito ovvero al quale hanno aderito i familiari statti. L'Associato Principale si impegna al versamento dei relativi importi.

Luogo e Data

Firma

Il/I sottoscritto/i, in qualità di familiare/i del/la sig./ra _____, C.F. _____, (di seguito definito “Associato Principale”), come risultante/i dallo stato di famiglia del medesimo, richiede/ono di essere iscritto/i a **RECIPROCA S.M.S. – ETS** ai medesimi effetti dell’Associato Principale, con l’assunzione di quanto previsto e prescritto dallo Statuto e dal Regolamento.

Dichiara/no di aver preso visione dello Statuto, del Regolamento e dell’informativa al trattamento dei dati personali ricevuti in copia, impegnandosi ad osservarli integralmente e di accettare sin d'ora ogni variazione dei predetti, che fosse approvata dalla competente Assemblea, in particolare le deliberazioni concernenti la determinazione delle prestazioni del Piano Sanitario e dei contributi associativi.

Con la firma¹ apposta al presente documento delega/no l’Associato Principale ad esercitare i diritti e gli obblighi derivanti dal rapporto associativo con **RECIPROCA S.M.S. – ETS**, anche con riguardo alla riscossione di eventuali rimborsi o la ricezione di prestazioni di natura economica.

Il/I sottoscritto/i, informato/i delle operazioni di trattamento dei dati personali e prestato l’eventuale consenso, delega/no l’Associato Principale affinché trasmetta la documentazione richiesta dal piano sanitario sottoscritto, fornendo allo stesso ogni più ampia facoltà, compresa, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la possibilità di: richiedere rimborsi; modificare e aggiornare i dati forniti; inserire, aggiungere, integrare, cancellare la documentazione a supporto delle richieste, anche mediante l’utilizzo di strumenti di comunicazione elettronica.

Il/I sottoscritto/i libera/no dal vincolo del segreto professionale i medici e le strutture sanitarie a cui si rivolge/ono e autorizza/no conseguentemente **RECIPROCA S.M.S. – ETS** ad assumere informazioni pertinenti e ad acquisire copia di tutta la documentazione sanitaria oggetto delle garanzie prestate. Dichiara/no di aver ricevuto e compreso l’informativa al trattamento dei dati personali.

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	ALTRA COPERTURA SANITARIA		FIRMA
		Sì	No	
		Sì	No	
		Sì	No	
		Sì	No	
		Sì	No	
		Sì	No	
		Sì	No	

Se Sì, si impegna a comunicare alla RECIPROCA SMS - ETS l’importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso.

Gli importi relativi alla quota di iscrizione e il contributo associativo annuale sono indicati nel Piano Sanitario al quale si è aderito ovvero al quale hanno aderito i familiari.

¹ Per i familiari minori di anni 18, è necessaria l’apposizione della firma da parte dell’esercente la responsabilità genitoriale ovvero del rappresentante legale.

