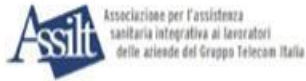


**Fac - simile di copertina fax precompilata con i dati anagrafici del socio**



ASS-W-PFX-161

**COPERTINA FAX (800.844.445)**

PER RICHIESTE DI RIMBORSO SOCI PENSIONATI

Sig. /a AB  
VIA

**c/o HR Services**

Servizi Amministrativi per Assit

Matricola 101  
Socio Principale AB  
Recapito Telefonico

1	Data Documento	_____
	Numero Documento	_____
	Importo Documento	_____
	Fruitore	_____
	CF o PIVA soggetto che ha erogato la prestazione	_____
2	Data Documento	_____
	Numero Documento	_____
	Importo Documento	_____
	Fruitore	_____
	CF o PIVA soggetto che ha erogato la prestazione	_____
3	Data Documento	_____
	Numero Documento	_____
	Importo Documento	_____
	Fruitore	_____
	CF o PIVA soggetto che ha erogato la prestazione	_____

*Invia questo modello al numero di Fax 800.844.445 insieme alla documentazione prevista dalle normative Assit per la tipologia di prestazione di cui si chiede il rimborso (fatture mediche, prescrizioni, certificati medici, ecc.). Ti Ricordiamo che:*

1. L'ASSIT conserva il diritto di chiedere la trasmissione della documentazione originale anche prima della relativa liquidazione;
2. L'Art. 3 del TUNIA prevede sanzioni qualora dagli accertamenti del documento in originale emergessero inadempimenti oppure falsificazioni o alterazioni della documentazione sanitaria e/o di spesa presentata al fini delle erogazioni previste.

Data

Firma per adesione ed integrale accettazione

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_