

Varese, _____

Spett.le

AXA ASSICURAZIONI
Agenzia Generale
Buzzi Enrico – Buzzi Oscar & C. snc
Via Tonale 63
21100 VARESE

Il sottoscritto _____

Residente in Via _____ Città _____

CHIEDE

che il rimborso delle spese sanitarie sostenute in riferimento alla polizza sanitaria malattia in convenzione con CMO Varese venga accreditato presso:

Intestazione c/c _____

Banca d'appoggio _____

CODICE IBAN

(COMPOSTO DA 27 CARATTERI (tra numeri e lettere))

IT _____

(con l'esclusione di tutti i caratteri speciali quali: barre, punti, trattini, spazi)

Firma per autorizzazione

Quanto espressamente contemplato in materia di privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del 27 Aprile 2016/679 è stato autorizzato nella scheda informativa mod. "PRIVACY 1" al momento dell'iscrizione alla Commercianti Mutua Ospedaliera

