FASCHIM
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA

www.faschim.it

PROCURA ALL'INCASSO Mod. Inc.

Spett.le
FASCHIM c/o PosteWelfare Servizi s.r.l.
Viale Beethoven 11
00144 ROMA RM

Data, ...

Oggetto: **Procura all'incasso per il rimborso spese del/la defunto/a Sig./ra**_____

_____

Con la presente, il/i sottoscritto/i (*indicare in stampatello cognome e nome di tutti gli eredi legittimi*)

_____

_____

_____

a) dichiara/no di essere il/i legittimo/i erede/i del/la defunto/a Sig./ra _____

_____ ;

b) dichiara/no di delegare all'incasso del rimborso spese sanitarie il/la Sig./ra _____

_____, il cui recapito telefonico è: _____ ;

c) dichiara/no di volere che il rimborso sia eseguito tramite:

Bonifico

*(è necessario indicare le coordinate bancarie - **codice IBAN** di 27 caratteri, rilevabili dall'estratto di conto corrente - e il nominativo dell'intestatario c/c, delegato all'incasso):*

I	T																										

Intestatario del c/c: *(Cognome e nome)* _____

e allego/hiamo alla presente:

- certificato di morte del defunto, in originale,
- fotocopia di documento di identità di tutti gli eredi
- fotocopia di codice fiscale di tutti gli eredi.

Firma di tutti gli eredi legittimi

_____

_____

_____

_____

Allegati