Australian Government

Medicare Australia

Bank account details collection
Raccolta dei dettagli del conto bancario

Importanti informazioni

Compila questo modulo se vuoi che Medicare Australia registri e custodisca i dettagli del tuo conto bancario allo scopo di effettuare pagamenti Medicare a tuo favore.

Puoi anche registrare i dettagli del tuo conto bancario:

- chiamando al numero **132 011** (si applica una tariffa per le chiamate)
- recandoti in persona alla sede locale di Medicare
- su internet al sito **www.medicareaustralia.gov.au/online**

Assistenza

Se hai bisogno di aiuto per compilare questo modulo chiama al numero **132 011** (si applica una tariffa per le chiamate) o visita il sito **www.medicareaustralia.gov.au**

Presentazione della richiesta di rimborso

Dopo aver compilato il modulo invialo a:

Medicare Australia
GPO Box 9822
nella capitale del tuo stato o territorio

o mettilo nella cassetta della sede locale di Medicare.

Scrivi in **STAMPATELLO**

Spunta la casella appropriata ☑

I tuoi dettagli personali

1 Numero della tessera Medicare

Rif.n.

2 Sig. ☐ Sig.ra ☐ Sig.na ☐ Altro

Cognome

Nome

3 Data di nascita

/ /

4 Indirizzo

Codice postale

5 Numero di telefono durante il giorno

Email

@

6 Altre persone su questa tessera Medicare che faranno uso di questo conto bancario per i loro pagamenti

Nome	Rif.n.

Dettagli del conto bancario

Nota: I pagamenti non possono essere effettuati in una carta di credito, o in un conto per prestiti o mutui.

7 Nome della banca, istituto di credito fondiario o cooperativa di credito

Filiale presso la quale si trova il tuo conto

Numero di identificazione della filiale (BSB)

–

Numero del conto (questo non può essere il numero della tua tessera)

Nome del/i Titolare (i) del conto

Nota: Se devi aggiungere altre persone, devi allegare un foglio separato con le loro firme.

Consenso

8 Le persone che hanno superato i 14 anni di età devono firmare per indicare che acconsentono che i loro pagamenti vengano versati in questo conto

Firma — Data / /

Firma — Data / /

Firma — Data / /

Firma — Data / /

Dichiarazione

9 Io sottoscritto dichiaro che:

Le informazioni fornite in questo modulo sono vere e corrette. Io informerò Medicare Australia senza indugio se i dettagli del mio conto bancario dovessero cambiare

Firma — Data / /

Nota sulla privacy

Le informazioni fornite in questo modulo verranno usate per registrare e per custodire i dettagli del tuo conto bancario al fine di effettuare pagamenti per via elettronica da programmi amministrati da Medicare Australia. La raccolta di dette informazioni viene autorizzata dal *Medicare Australia Act 1973*. I dettagli del tuo conto bancario verranno rivelati alle istituzioni finanziarie pertinenti per facilitare i pagamenti e non verranno rivelati a terzi a meno che non venga autorizzato o richiesto dalla legge.

1579a.13.03.09