

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Il sottoscritto/a
nato/a a prov. (.....) il
e residente a prov. (.....) indirizzo

C.F.:

Visite Specialistiche Esami ed accertamenti Cure termali

Come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura in originale n. _____ del ____/____/____ Motivo _____

2. Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi a mezzo bonifico

COD. IBAN

I	T																													
Paese		Cin IBAN	Cin	ABI				CAB					N.ro Conto																	

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o “GDPR”) ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l’informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

_____ (data)

_____ (firma)

===== (parte riservata alla Mutua)

Socio dal ____/____/____ Ha versato la quota di rinnovo per l’anno _____? SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____ per gg _____ in data ____/____/____

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Data _____

Firme: _____ (per l'ufficio della Mutua)

_____ (per il Consiglio della Mutua)