

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Spett.le
Mutua Insieme Ets
 Via Ponte di Costozza, 12
 36023 LONGARE (VI)
 C.F. 95156590242

Il/la sottoscritto/a

| | |
|------------------------|--|
| Nome e Cognome | |
| Luogo di Nascita/Prov. | |
| Data di Nascita | |
| Residenza città | |
| Residenza indirizzo | |
| Email | |
| COD. FISC | |

DICHIARA

di aver usufruito delle seguenti prestazioni medico-sanitarie:

Visite Specialistiche

Esami ed accertamenti

Cure termali

Le prestazioni sanitarie fruito dipendono dalle seguenti cause:

Malattia

Infortunio

Altro

Descrizione della causa da cui dipendono le prestazioni medico-sanitarie fruito:

 come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/e – Fattura/e n. _____ del ___/___/_____
2. Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

CHIEDE

il sussidio sanitario collegato alla prestazione sopra indicata a norma del Regolamento Sussidi Sanitari attualmente in vigore. Il sussidio richiesto verrà versato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente, nel quale vengono addebitati i contributi associativi annuali.

DICHIARA:

di non aver percepito alcun rimborso da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;



di aver percepito il rimborso di Euro _____ da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;

Il sottoscritto assume l'onere, e le connesse responsabilità, di provvedere alla comunicazione del rimborso della spesa sanitaria oggetto di questa richiesta, ottenuto attraverso la Mutua, a favore degli uffici liquidativi di enti terzi chiamati a rimborsare la medesima spesa, sollevando sin d'ora la Mutua da ogni responsabilità dovesse derivare da negligente o fraudolenta condotta del sottoscritto o comunque da suo fatto proprio.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione, di aver letto e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali dell'associato rilasciata dalla Mutua all'atto della presentazione della domanda di ammissione, resa inoltre disponibile in ogni suo aggiornamento sul sito internet dell'associazione, dichiarando al contempo di aver letto e compreso le finalità nel perseguimento delle quali i dati personali conferiti mediante questa richiesta vengono trattati, le connesse basi giuridiche, le modalità di trattamento, i termini di conservazione e ogni altra informazione indicata dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

(data)

(firma)