RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

MUTUA DIMOSTRATIVA

Spett.le
Mutua Dimostrativa
Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo
Via Fratelli Wright, 43
00043 Roma (RM)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov._____ il ____/_____/_____ e residente a

_____ prov._____ indirizzo _____

E-mail _____ codice fiscale _____

DICHIARA di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie:

☐ 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

C H I E D E 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_____ _____ _____
(per l'ufficio della Mutua) (per il Consiglio della Mutua)