RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Spett.le
MarcheVita – Cassa Mutua del
Banco Marchigiano
Via Vittorio Emanuele, 1 – San Michele al Fiume
61040 Mondavio (PU)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov._____ il ____/_____/_____ e residente a _____prov._____ indirizzo _____ _____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

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 consultare il sito internet della Mutua www.marche-vita.it alla sezione Privacy Policy.

_____ (data) _____ (firma)

==========

(parte riservata alla Cassa Mutua*)*

Socio dal___/__/_____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno_____? NO ☐ SI ☐

☐ 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 Cassa Mutua) _____ (per il Consiglio della Cassa Mutua)