**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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***)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI |  |

Socio dal\_\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ Ha versato la quota di rinnovo per l’anno\_\_\_\_\_\_\_? 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 Cassa Mutua) (per il Consiglio della Cassa Mutua)

13/10/2020 *MarcheVita Cassa Mutua del Banco Marchigiano*