RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Spett.le
CUORE
Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo
Via Bra 15
12062 Roreto di Cherasco (CN)

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												

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisisti in relazione alle prestazione rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

☐ dò il consenso ☐ nego il consenso

_____ _____
(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 SMS) (per il Consiglio della SMS)