



RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Spett.le
AGROBRESCIANOVITA ETS

Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo Piazza Roma, 17 25016 – Ghedi (BS)

				/		
	prov			/		
	Codice fiscale					
DI	CHIARA di aver usu	fruito delle seguer	nti prestazior	i medic	o-sanitarie	e:
	Visite Specialistiche	Esami ed a	occertamenti		Cure terma	li
Le prestazion	i sanitarie fruite dipendo	ono dalle seguenti c	ause:			
	Malattia	Infortunio		A	ltro	
Descrizione d	lella causa da cui dipend	dono le prestazioni	medico-sani	arie frui	te	
200011210110	ona dadda da dar diport	20110 10 p10010210111	modico carii			
come da docu	umentazione allegata:					
1. Ricevuta/e	e – Fattura/e n	del	I <u> /</u> /_			
Prescrizio prestazior	ne del medico di base/s ne	specialista riportant	e la patologia	a/infortu	nio che ha	causato la
	il sussidio sanitario d		•			
	Sussidi Sanitari attualı					
	na disposizione banca		rente a me i	ntestat	o, nel qua	le vengono
addebitati i c	contributi associativi ai	nnuali.				
DICHIAF						
	er percepito alcun rimb		•			simile sulle
medesimes	pese sanitarie oggetto	odella presente ri	ichiesta di rii	mborso);	
•	rcepito il rimborso di l	-	da altra ca		•	
simile sulle r	medesime spese sanit	tarie oggetto della	a presente ri	chiesta	ı di rimbor	so;





Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) su cui il Socio vanta similari diritti di rimborso, è responsabilità del Socio informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la Mutua sulla spesa sostenuta, pertanto in nessun caso la Mutua può essere chiamata a rifondere danni subiti dagli altri enti per la mancata o scorretta comunicazione del Socio con riferimento a tale rimborso.





RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

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 riserva	ta alla Mutua)			=====	
Socio dal_ / /_ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno						SI	☐ NO	
Asser	nso alla l	iquidazior	ne della somma di € _	per gg	in data	/	/ <u> </u>	
NO, 1	non si pu	iò procede	re alla liquidazione per mano	canza dei requisiti rich	niesti.			
Data								
-			(per l'ufficio d	(per i	(per il Consiglio della Mutua)			