

# RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Spett.le **Treviglio e Gera d'Adda Vita ETS**

Via \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_

CAP - Località (\_\_\_\_)

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 medico-sanitarie:

Visite Specialistiche

Esami ed accertamenti

Cure termali

Le prestazioni sanitarie fruite dipendono dalle seguenti cause:

Malattia

Infortunio

Altro

Descrizione della causa da cui dipendono le prestazioni medico-sanitarie fruite

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/e - Fattura/e n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

**CHIEDE** il sussidio sanitario collegato alla prestazione sopra indicata a norma del Regolamento Sussidi Sanitari attualmente in vigore. Il sussidio richiesto sarà da voi pagato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente a me intestato, nel quale vengono addebitati i contributi associativi annuali.

**DICHIARA:**  di non aver percepito alcun rimborso da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;  
 di aver percepito il rimborso di Euro \_\_\_\_\_ da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;

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.

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 del Socio)

(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)

