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

Fior di Mutua

Spett.le
_____
*Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo*
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 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 | | | | | | | | | | | | |

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 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)