RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Spett.le
Patavina Con Te ETS
Via Alessio Valerio, nr. 78
35028 - Piove di Sacco (PD)

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

C H I E D E 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.

D I C H I A R A:

☐ 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)

==========

(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)