

**RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI CLINICI, ACCERTAMENTI  
DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E TERMALI**

Spett.le Insieme 2018 - Mutua del Credito Cooperativo Via Gorgi, 33 - 33100 Udine

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie

Visite Specialistiche       Esami, accertamenti, fisioterapia       Trattamenti termali

Come da documentazione allegata:

1      Ricevuta/Fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE** il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi

**A MEZZO**

c/c numero \_\_\_\_\_ Banca360 filiale \_\_\_\_\_

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni 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:

do il consenso       nego il consenso

(data )

(firma)

=====

(parte riservata alla Società di Mutuo Soccorso)

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (per l'ufficio della MUTUA) (per il Consiglio della MUTUA)