



Spett.le
Vita Amica – Mutua del Credito Cooperativo
Via Matteotti, 46
36026 Pojana Maggiore (VI)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. ____ il ____/____/____ codice fiscale _____
residente a _____
prov. ____ indirizzo _____ telefono _____

DICHIARA

di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie:

- Visite medico-specialistiche Esami ed accertamenti diagnostici 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

CHIEDE

il rimborso ai sensi del Regolamento Sussidi a mezzo bonifico:

COORDINATE IBAN

I	T																			
Paese	Cin IBAN	Cin	ABI					CAB					Numero Conto							

.....
(Data)

.....
(Firma dell'Associato)

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:

dò il consenso

nego il consenso

(la Mutua in questo caso non sarà autorizzata a gestire la pratica di rimborso)

.....
(Data)

.....
(Firma dell'Associato)

PARTE RISERVATA ALLA MUTUA

Associato dal _____ Ha versato la quota di rinnovo per _____ SI NO
_____/_____/_____ l'anno _____?

Assenso alla liquidazione della somma di € _____ in data ____/____/_____

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.