



Spett.le  
Vita Amica - Mutua del Credito Cooperativo ETS  
Via Matteotti, 47  
36026 Pojana Maggiore (VI)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Nome e cognome del figlio: \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie:

- Visite medico-specialistiche       Esami ed accertamenti diagnostici  
 Trattamenti fisioterapici       Cure termali

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura:

N° documento	Data	Importo

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

**CHIEDE** il rimborso ai sensi del Regolamento a mezzo bonifico:

COORDINATE IBAN

I	T			0	8	7	3	2					0	0	0	0	0	0				
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**

Ha versato la quota di rinnovo per l'anno \_\_\_\_\_?

SI

NO

Assenso alla liquidazione della somma di € \_\_\_\_\_

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

VISTO E DATA RIMBORSO

VISTO E DATA RIMBORSO	