

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Spett.le
SiCura- Associazione Mutualistica di Assistenza
Via IV Novembre 549
22040 Alzate Brianza (CO)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/_____
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

COD. IBAN

| I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Paese | Cin IBAN | Ci n | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

CHIEDE il sussidio sanitario collegato alla prestazione sopraindicata a norma del Regolamento Sussidi Sanitari attualmente in vigore. Il sussidio richiesto sarà da voi pagato attraverso una disposizione bancaria sul contocorrente a me intestato, nel quale vengono addebitati i contributi associativi annuali.

DICHIARA:

- 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;

RICHIESTA DIRIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) su cui il Socio vanta simili 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") e dai 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)