Richiesta di rimborso/
Visite specialistiche - esami - cure termali

Spett.le
Cassa Mutua del Veneziano
Riviera Matteotti, 18
30034 Mira - Venezia

il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ / _____ / _____

a _____ prov. _____ e residente a _____ prov. _____

in via _____ codice fiscale _____

DICHIARA di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie (barrare la casella interessata):

☐ **visite specialistiche** ☐ **esami ed accertamenti** ☐ **cure termali**

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/fattura (copia e originale) n° _____ del _____ / _____ / _____ Motivo: _____

2. Prescrizione del medico di base riportante la patologia/infortunio che ha reso necessaria la prestazione

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi, a mezzo bonifico, sul proprio conto corrente:

I	T				0	8	4	5	2																	
Paese		Cin IBAN		Cin	ABI					CAB					N.ro Conto											

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Cassa Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato attuale), sempre nei limiti di cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

data _____ firma _____

compilazione a cura di Venice Care

socio dal _____ / _____ / _____ **Ha versato la quota di rinnovo per l'anno** _____ ☐ **SI** ☐ **NO**

☐ **Assenso alla liquidazione della somma di €** _____ **in data** _____ / _____ / _____

☐ **No, non si può procedere alla liquidazione per** _____

data _____ / _____ / _____ **firme** _____

(per l'Ufficio della Mutua) (per il Consiglio della Mutua)