

Spett.le  
**PADANO VITA E.T.S.**  
Associazione Mutualistica di Assistenza  
Via Dante, nr. 213 26100  
- Cremona (CR)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di aver usufruito delle seguenti prestazioni medico-sanitarie a scopo di prevenzione:

- Visita Specialistica                       Esami clinici di laboratorio, accertamenti diagnostici

Descrizione della tipologia visita e/o esame e della prevenzione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentazione allegata:

1. Ricevuta/e - Fattura/e n. del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
2. Certificato medico rilasciato, in alternativa, dal medico specialista o dal medico di base che attesti la finalità preventiva della prestazione

**CHIEDE** il rimborso straordinario sanitario collegato alla prevenzione sopra indicata a norma del Regolamento "Prevenzione Padano Vita per la Vita" in vigore. Il rimborso straordinario richiesto sarà da voi pagato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente 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;

Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) su cui l'Associato vanta simili diritti di rimborso, è responsabilità del l'Associato 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.

**MODULO "RICHIESTA RIMBORSO STRAORDINARIO PER LA PREVENZIONE"**

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai 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 in corso?  SI  NO

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

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

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(per l'ufficio della Mutua)

\_\_\_\_\_  
(per il Consiglio della Mutua)