

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/checkup:

☐

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.

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)