

Spett.le VITAPIU'
Mutua di Assistenza di Banca delle Terre Venete E.T.S.
Via Spada, 2
31050 VEDELAGO (TV)
tel. 0423.476687 – cell. 3485895087
info@cassamutuavitapiu.it

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____ e residente a

_____ prov. _____ indirizzo _____

codice fiscale _____

DICHIARA

di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie

☐

Visite
Specialistiche

☐

Esami,
accertamenti
diagnostici e
fisioterapia

☐

Cure termali

☐

Sostituzione lenti
o apparecchi
acustici

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura.n. _____ del ____ / ____ / ____ Motivo _____
2. Prescrizione del medico di base riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.

A MEZZO

c/c n. _____ acceso presso la filiale _____

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

(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 € _____ in data ____ / ____ / ____

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

Firme: _____
(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)