

**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

**C H I E D E** 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 perseguiti 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)