

**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 \_\_\_\_\_

### INTENDE

recedere da Socio della rispettabile Cassa Mutua per il seguente motivo.....

.....

Resta inteso che la quota versata per il corrente anno non verrà restituita e che il R.I.D./SDD/AUTORIZZAZIONE SEPA a vostro favore verrà estinto direttamente dalla filiale di Banca delle Terre Venete dove intrattengo i rapporti.

Sono altresì consapevole che con la rinuncia a Socio di Vitapiù cessa automaticamente ogni mio vantaggio e nulla più mi spetterà a partire dalla data odierna.

L'eventuale adesione a forme integrative di tutela della salute legate a Vitapiù cesseranno automaticamente alla scadenza annuale del piano sanitario.

Rimetto alla Vostra attenzione la mia tessera Carta Mutuasalus® n. \_\_\_\_\_

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_  
(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)