



**METAURO
MUTUA ETS**

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, ESAMI, CURE TERMALI

Regolamento di riferimento "Servizi Sanitari di base", punti 1,2 e 3

Spett.le
Consiglio di Amministrazione
di METAURO MUTUA ETS

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il ____ / ____ / ____ e residente a _____ (____)
indirizzo _____ codice fiscale _____
E-mail _____

DICHIARA

di aver usufruito delle seguenti prestazioni medico-sanitarie:

- Visite Specialistiche Esami ed accertamenti Trattamenti fisioterapici e termali

Le prestazioni sanitarie fruite dipendono dalle seguenti cause:

- Malattia Infortunio Altro

Descrizione della causa da cui dipendono le prestazioni medico-sanitarie fruite, come da documentazione allegata:

- Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____

Specialista che ha eseguito la prestazione:

(Nome, cognome, qualifica)

Prestazione eseguita (compilare solo se non completamente descritta in fattura):

CHIEDE

il sussidio sanitario collegato alla prestazione sopra indicata a norma del Regolamento Sussidi Sanitari attualmente in vigore. Il sussidio richiesto verrà versato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente, 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 € _____ da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;

Il sottoscritto assume l'onere, e le connesse responsabilità, di provvedere alla comunicazione del rimborso della spesa sanitaria oggetto di questa richiesta, ottenuto attraverso la Mutua, a favore degli uffici liquidativi di enti terzi chiamati a rimborsare la medesima spesa, sollevando sin d'ora la Mutua da ogni responsabilità dovesse derivare da negligente o fraudolenta condotta del sottoscritto o comunque da suo fatto proprio.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione, di aver letto e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali dell'associato rilasciata dalla Mutua all'atto della presentazione della domanda di ammissione, resa inoltre disponibile in ogni suo aggiornamento sul sito internet dell'associazione, dichiarando al contempo di aver letto e compreso le finalità nel perseguimento delle quali i dati personali conferiti mediante questa richiesta vengono trattati, le connesse basi giuridiche, le modalità di trattamento, i termini di conservazione e ogni altra informazione indicata dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

In fede

_____, il ____/____/_____

Firma del sottoscrittore

NOTA INFORMATIVA

Le eventuali commissioni per cassa, spese bancarie e/o spese amministrative trattenute ai sensi del Regolamento non incidono sul massimale annuo previsto per i rimborsi sanitari.

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto, consapevole che la liquidazione del sussidio sanitario comporta costi amministrativi e bancari aggiuntivi qualora non sia cliente della Banca di Credito Cooperativo del Metauro S.C.:

- Accetta che tali costi siano trattenuti direttamente dall'importo del sussidio liquidabile, come previsto dal Regolamento rimborso spese medico sanitarie.
-

DICHIARAZIONE STATUS SOCIO/BCC

Il sottoscritto dichiara di essere (barrare l'opzione corretta):

- Socio/Cliente titolare di rapporto di conto corrente presso la Banca di Credito Cooperativo del Metauro S.C.
- Non cliente della Banca di Credito Cooperativo del Metauro S.C.

In fede

_____ , lì _____ / _____ / _____

Firma del sottoscrittore

METAURO MUTUA ETS

Via G. Matteotti Orciano, 4 – 61038 Terre Roveresche (PU)
www.metauromutua.it – info@metauromutua.it