

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/TERAPIE/TRATTAMENTI/RICOVERO e TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

Io sottoscritto/a.....
nato/a a il/...../..... codice fiscale
in qualità di Socio della Mutua

CHIEDO

- Per me stesso
 Per il figlio minore..... nato a..... il.....

la concessione del rimborso sotto indicato:

Visita Specialistica **Esami ed accertamenti** **Cure Termali** **Cure fisioterapiche**
dichiarando di aver usufruito della seguente prestazione sanitaria presso convenzionati (**ESCLUSO TICKET**)
come da documentazione allegata:

Ricevute/Fatture n. del/...../..... emesse da

DIARIA OSPEDALIERA per ricovero causa:
 malattia **infortunio** **ricovero in RSA**

Ricovero dal.....al..... presso..... come da documentazione allegata.

TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA per motivi medico sanitari

Ricevute/Fatture n. del/...../..... emesse da

Dichiaro che il documento di spesa allegato alla presente è copia conforme all'originale e che per lo stesso:

- ho già beneficiato di un rimborso da parte di altro ente per un importo pari a € _____ (**indicare l'importo rimborsato, non la percentuale**)
 non ho beneficiato di alcun rimborso da parte di altro ente

Il documento di spesa deve essere trasmesso in fotocopia.

Il risarcimento, ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi deve essere rimborsato **mediante accredito sul C/C aperto presso Banca Centro Credito Cooperativo Toscana-Umbria, già comunicato nella domanda di iscrizione, e sul quale vengono regolate le quote di adesione alla mutua.**

Il diniego da parte della Mutua verrà comunicato solo ed esclusivamente tramite mail.
Consapevole di ciò fornisco l'indirizzo di posta elettronica a cui inviare eventuali comunicazioni:

.....

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 a SMS Centro ETS)

Assenso alla liquidazione

NO, non si può procedere alla liquidazione (motivazione _____)

Firme: _____
(per l'ufficio SMS Centro ETS)

(per il Consiglio di SMS Centro ETS)