

**RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI**

Spett.le  
Communitas ETS -  
Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo  
Via del Lago, nr. 2  
CAP 70013 - Castellana Grotte (BA)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di aver usufruito delle seguenti prestazioni medico-sanitarie:

Visite Specialistiche     Esami ed accertamenti     Cure 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:

1. Ricevuta/e – Fattura/e n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

**C H I E D E** il sussidio sanitario collegato alla prestazione sopra indicata a norma del Regolamento Sussidi Sanitari attualmente in vigore. Il sussidio richiesto sarà da voi pagato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente a me intestato, nel quale vengono addebitati i contributi associativi annuali.

**D I C H I A R A:**

- 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 Euro \_\_\_\_\_ da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;

Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) su cui il Socio vanta simili diritti di rimborso, è responsabilità del Socio informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la Mutua sulla spesa sostenuta, pertanto in nessun caso la Mutua può essere chiamata a rifondere danni subiti dagli altri enti per la mancata o scorretta comunicazione del Socio con riferimento a tale rimborso.

**RICHIEDA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI**

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

\_\_\_\_\_  
(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 € \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(per l'ufficio della Mutua)

\_\_\_\_\_  
(per il Consiglio della Mutua)