



Spett.le  
Garda Vita Associazione Mutualistica  
Via Trieste 62, 25018 Montichiari Bs

N° pratica

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Carta Mutuasalus TD2BS \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod.fiscale \_\_\_\_\_  
 Indirizzo residenza \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

*nel rispetto del "Regolamento generale rimborso spese mediche, sussidi ed erogazioni a qualsiasi titolo"*  
**richiede il rimborso per prestazioni nelle previste categorie:**

Visite Specialistiche    Esami, accertamenti, fisioterapia, preparato    Cure termali  
 Servizio Ambulanze    Prestazioni per figli fino a 14 anni compiuti

Allegando la seguente documentazione:

- Ricevuta/Fattura in originale

INTESTATA A:	N° DOC:	DATA DOC:	IMPORTO:	PATOLOGIA

- Prescrizione o referto del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione.

**A MEZZO BONIFICO:**

I	T			0	8	6	7	6		0	0	0	0	0	0	
Paese	Cin IBAN	Cin	ABI						CAB	N.ro Conto						

(Data)

(Firma del Socio)

Per il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste

dò il consenso

nego il consenso

(La Mutua in questo caso non sarà autorizzata a gestire la pratica di rimborso).

(Data)

(Firma del Socio)

**PARTE RISERVATA ALLA MUTUA**

Numero Associato \_\_\_\_\_ 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.

data

GARDA VITA

visto

VISTO E DATA RIMBORSO

--	--