

Spett.le  
Garda Vita ETS, Via Trieste 62, 25018 Montichiari (BS)

N° Pratica

---

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
indirizzo \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Carta Mutuasalus® \_\_\_\_\_

*Nel rispetto del "Regolamento generale rimborso spese mediche, sussidi ed erogazioni a ausiliari titolo"*

RICHIEDE IL RIMBORSO PER PRESTAZIONI NELLE PREVISTE CATEGORIE

- Visite Specialistiche
  - Esami, accertamenti, fisioterapia, preparto
  - Cure termali
  - Servizio Ambulanze
  - Prestazioni per figli fino a 18 anni compiuti

Ricevuta/Fattura preferibilmente in fotocopia

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

lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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 perseguiti dalle prestazioni da me richieste

presta il consenso

nega consenso

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

lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Socio

**PER LA RESTITUZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA IN ORIGINALE**

(LE FOTOCOPIE NON VERRANNO RESTITUITE)

tramite filiale BCC Garda \_\_\_\_\_ via posta ordinaria

**PARTE RISERVATA ALLA MUTUA**

Ha regolarmente versato la quota di rinnovo?  SI  NO

- Assenso alla liquidazione della somma di € \_\_\_\_\_  
 NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

, li \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
luogo e data

visto