

N° Pratica

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

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

INTESTATA A	N° DOC	DATA DOC	IMPORTO	PATOLOGIA

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														

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

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

(LE FOTOCOPIE NON VERRANNO RESTITUITE)

PARTE RISERVATA ALLA MUTUA

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

VISTO E DATA RIMBORSO

--	--