

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:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visite Specialistiche | <input type="checkbox"/> Esami, accertamenti, fisioterapia, preparato | <input type="checkbox"/> Cure termali |
| <input type="checkbox"/> Servizio Ambulanze | <input type="checkbox"/> Prestazioni per figli fino a 18 anni compiuti | <input type="checkbox"/> Covid-19 |

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)

PER LA RESTITUZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA IN ORIGINALE:

tramite filiale BCC del Garda

via posta ordinaria

PARTE RISERVATA ALLA MUTUA

Numero Associato _____ 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.

data

GARDA VITA

visto

VISTO E DATA RIMBORSO	