

Spett.le
Garda Vita ETS
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 18 anni compiuti

Allegando la seguente documentazione:

- 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:

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
(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.

data

GARDA VITA

visto

VISTO E DATA RIMBORSO	