

Spett.le
Consiglio di Amministrazione
di EMI ETS

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il ____ / ____ / ____ e residente a _____ (____)
indirizzo _____ codice fiscale _____
E-mail _____

CHIEDE

In qualità di associato ordinario di EMI ETS, ai sensi dei regolamenti EMI ETS, Generale e specifici in vigore, la concessione del seguente rimborso mediante accredito sul C/C indicato in sede di iscrizione, ovvero comunicato in momento successivo, sul quale vengono regolate le quote annuali di adesione:

☐ Per se stesso/a ☐ Per il figlio minore (*)

(Cognome e Nome) _____ nato/a a _____ (____)
il ____ / ____ / ____

(*) I rimborsi medico-sanitari delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2 e 3 erogate a favore dei figli minori regolarmente dichiarati (vedi Preambolo del Regolamento Generale delle Prestazioni) sono dovuti a condizione che ogni rimborso sia richiesto da un solo genitore (nel caso in cui entrambi i genitori siano associati alla Mutua) ed entro i massimali per evento/anno di quest'ultimo.

1. Visite Mediche Specialistiche – massimale annuo € 200,00

☐ c/o convenzionati 40 % della ft pagata dell'importo totale di € _____
☐ c/o non CONVENZIONATI 10 % della ft pagata dell'importo totale di € _____

2. Esami clinici, Diagnostica e Fisioterapia – massimale annuo € 200,00

☐ c/o convenzionati 40 % della ft pagata dell'importo totale di € _____
☐ c/o non CONVENZIONATI 10 % della ft pagata dell'importo totale di € _____

3. Trattamenti termali – massimale annuo € 200,00

☐ c/o convenzionati 20 % della ft pagata dell'importo totale di € _____
☐ c/o non CONVENZIONATI 10 % della ft pagata dell'importo totale di € _____

A norma di regolamento allega la seguente documentazione:

Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____

Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____

Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____

Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____

Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____

► la documentazione deve essere trasmessa in fotocopia apponendo la firma del richiedente preceduta da *per copia conforme*. La Mutua si riserva comunque di poter visionare gli originali.

PRESCRIZIONI DEL MEDICO

In fede

_____, li ____/____/____

Firma del sottoscrittore

Al fine dell'ottenimento del rimborso, dichiara inoltre:

- ☐ di non aver percepito alcun rimborso da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;
- ☐ di aver percepito il rimborso di Euro _____ da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso.

Il sottoscritto assume l'onere, e le connesse responsabilità, di provvedere alla comunicazione del rimborso della spesa sanitaria oggetto di questa richiesta, ottenuto attraverso la Mutua, a favore degli uffici liquidativi di enti terzi chiamati a rimborsare la medesima spesa, sollevando sin d'ora la Mutua da ogni responsabilità dovesse derivare da negligente o fraudolenta condotta del sottoscritto o comunque da suo fatto proprio.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione, di aver letto e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali dell'associato rilasciata dalla Mutua all'atto della presentazione della domanda di ammissione, resa inoltre disponibile in ogni suo aggiornamento sul sito internet dell'associazione, dichiarando al contempo di aver letto e compreso le finalità nel perseguimento delle quali i dati personali conferiti mediante questa richiesta vengono trattati, le connesse basi giuridiche, le modalità di trattamento, i termini di conservazione e ogni altra informazione indicata dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

In fede

_____, li ____/____/____

Firma del sottoscrittore