

RICHIESTA DI RIMBORSO

(DA CONSEGNARE A MARCA SOLIDALE – VIA GARIBALDI N. 46 - 31010 ORSAGO)



Per informazioni e contatti, è disponibile il sito di Marca Solidale all'indirizzo www.marcasolidale.it

Cognome e Nome del Socio

Codice Fiscale

Recapito telefonico

Indirizzo di posta elettronica

N.B. I dati relativi al c/c del Destinatario sono quelli registrati nella propria posizione anagrafica. Per eventuali variazioni è necessario effettuare apposita comunicazione a Marca Solidale per mezzo dell'Assistente Personale in www.marcasolidale.it

FIGLIO/I PER I QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome e nome	Codice Fiscale
Cognome e nome	Codice Fiscale
Cognome e nome	Codice Fiscale

DICHIARA

IMPORTO	TIPO PRESTAZIONE	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (FATTURE IN FOTOCOPIA)
€	<input type="checkbox"/> Visita Specialistica	Se non indicato in modo chiaro in fattura – documento con indicazione chiara della visita eseguita.
€	<input type="checkbox"/> Esami /accertamenti	Se non indicato in modo chiaro in fattura – documento con indicazione chiara della visita eseguita.
€	<input type="checkbox"/> Cure termali e fisioterapia	
Dal ____ Al ____	<input type="checkbox"/> Diaria per malattia	Documento rilasciato dall'istituto di cura riportante data di entrata ed uscita e causa della malattia/infortunio che ha causato il ricovero.
Dal ____ Al ____	<input type="checkbox"/> Diaria per infortunio	> Documento rilasciato dall'istituto di cura riportante data di entrata ed uscita e causa della malattia/infortunio che ha causato il ricovero; > Verbale di infortunio rilasciato su richiesta dall'istituto di cura
€	<input type="checkbox"/> Altro	Documentazione medica comprovante la prestazione medica-sanitaria eseguita.
€	<input type="checkbox"/> Come Te/ComeTe Educa	<input type="checkbox"/> Care Manager <input type="checkbox"/> Servizi
ALTRO	<input type="checkbox"/> Igiene Dentale <input type="checkbox"/> Bonus Concerti/Palestra	<input type="checkbox"/> Sostegno Maternità <input type="checkbox"/> A Tutta Estate (Bonus Centri Estivi)
ALLEGATI	N° ____ ricevute fiscali	

Autorizzo il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

dò il consenso

(data)

(firma)

NOTE

Riferimenti interni per eventuali informazioni: Banca della Marca fil _____ Matricola _____

Nel caso in cui la documentazione presentata non fosse sufficiente per la liquidazione del rimborso/diaria Marca Solidale si riserva di chiedere al Socio ulteriore documentazione comprovante la prestazione medica.