

**RICHIESTA DI PRESTAZIONE SANITARIA
AGGIUNTIVA
LOMBARDIA
per Aree Professionali e Quadri Direttivi**

(da spedire a: Cassa Mutua Nazionale – Via Massimo d’Azeglio,33 00184 – Roma)

Cognome e nome del Destinatario (Titolare)

Codice Fiscale

Azienda

Qualifica

Recapito telefonico sede lavorativa e/o cellulare

Indirizzo di posta elettronica

-Ricevuta l’informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 sulla “tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Cassa Mutua Nazionale – B.C.C., Zucchetti Project, Preda s.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del Titolare e dei familiari che hanno effettuato le prestazioni (per i familiari solo nel caso di prestazioni “LO_B”)

(firme) _____

ELENCO DOCUMENTAZIONE

IMPORTO	Prestazione aggiuntiva
€	<input type="checkbox"/> prestazioni odontoiatriche “LO_A” (allegare obbligatoriamente la scheda odontoiatrica e gli accertamenti radiografici)
€	<input type="checkbox"/> prestazioni sanitarie “LO_B” (estesa ai familiari fiscalmente a carico iscritti alla Cassa Mutua Nazionale) Cognome e nome del Familiare per il quale si richiede il rimborso _____
IMPORTO TOTALE	
€	n° complessivo _____ ricevute fiscali allegate

NOTE

Data compilazione

Firma del Titolare della Copertura Sanitaria
