

RICHIESTA DI ACCESSO ALLA CONVENZIONE DIRETTA (mod. CMN-CD)



**SCUDOSANITAS**

ASSISTITO/A: \_\_\_\_\_

(Titolare della copertura sanitaria)

Azienda di appartenenza: \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

L'Assistito/a: \_\_\_\_\_

(Richiedente la prestazione)

con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dallo Scudosanitas, nel rispetto delle condizioni previste dalla Copertura Sanitaria.

Il sottoscritto:

- è a conoscenza del Regolamento Sanitario della Cassa Mutua Nazionale;
- è assistito dalla Cassa Mutua Nazionale, in qualità di Titolare dell'assistenza o di familiare appartenente al nucleo familiare dell'iscritto;
- autorizza la Cassa a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto allo Scudosanitas;
- si impegna altresì a pagare allo Scudosanitas tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla Cassa Mutua Nazionale;
- si impegna a rimborsare a posteriori alla Cassa Mutua Nazionale le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture previste.

Patologia per la quale si richiede il rimborso: \_\_\_\_\_

(come da certificato medico allegato alla presente)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ricevuta l' informativa ai sensi della Legge 31.12.1996 n. 675 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., Scudosanitas, nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione \_\_\_\_\_

(firma)