

## RICHIESTA DI ANTICIPO

Cognome e nome del Destinatario (Titolare)

Codice Fiscale

Azienda

Regione

Recapito telefonico sede lavorativa (abitazione per i pensionati) e/o cellulare

Indirizzo di posta elettronica

Conto corrente intestato al Destinatario (Titolare)

(27 caratteri obbligatori – rilevabili dall'estratto di conto corrente) IBAN \_\_\_\_\_

## SOGGETTO PER IL QUALE SI RICHIEDE L'ANTICIPO (se diverso dal Titolare)

Cognome e nome

Codice Fiscale

*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 o del familiare che deve effettuare la prestazione**

(firme) \_\_\_\_\_

## ELENCO DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

<b>1</b>	<b>Certificazione della patologia e del tipo di ricovero e/o intervento richiesto</b>
<b>2</b>	<b>Preventivo analitico di spesa sottoscritto dalla struttura sanitaria interessata</b>
Data del ricovero _____	

### NOTE

Data compilazione

Firma del Titolare della Copertura Sanitaria