Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ced \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spett.le

Cassa Mutua Toscana B.C.C.

Via Senna n. 1

50019 - Sesto Fiorentino (FI)

**RICHIESTA SOSPENSIONE DEI TERMINI**

Con la presente sono a richiedere la sospensione dei termini per le n. …. richieste di rimborso allegate per il seguente motivo:

* presso assicurazione o altro soggetto quando è in corso un’azione risarcitoria;
* presso altro soggetto (Assicurazione, Broker Assicurativo, Fondo Sanitario) in attesa di rimborso[[1]](#endnote-1);
* altro: ………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………...

Sarà mia cura e responsabilità inoltrarvi le domande di rimborso o darvi pronta comunicazione qualora non sia possibile chiedere il rimborso a Cassa Mutua Toscana BCC.

Data ………………

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Da inoltrare entro e non oltre il 31/03 dell’anno successivo alla data di spesa. [↑](#endnote-ref-1)