

RICHIESTA DI DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO

Spett. le
 Si' Cura Mutua del Credito Cooperativo dell'Alta Brianza
 Via IV novembre 549
 22040 Alzate Brianza (CO)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____ e residente a
 _____ prov. _____ indirizzo _____
 _____ codice fiscale _____

DENUNCIA

il seguente ricovero ospedaliero

causa: malattia infortunio riabilitazione R.S.A.

dal giorno ____ / ____ / ____ al giorno ____ / ____ / ____

come da documentazione allegata:

1. documento in originale rilasciato dall'istituto di cura riportante data di entrata ed uscita e causa della malattia/infortunio che ha causato il ricovero;
2. in caso di infortunio, verbale di infortunio in originale rilasciato su richiesta dall'istituto di cura.

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi a mezzo bonifico:

COD. IBAN

I	T																														
Paese	Cin IBAN	Cin	ABI	CAB	N.ro Conto																										

Per quanto riguarda 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 nego il consenso

_____ (data) _____ (firma)

(parte riservata alla Mutua)

Socio dal ____ / ____ / ____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno ____ ? SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____ per gg. _____ in data _____

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Firme: _____
(per l'ufficio della Mutua) (per il Consiglio della Mutua)