

Spett.le
Monsile Con te – Mutua del Credito Cooperativo
Via Roma n. 21/a
31050 – Monastier di Treviso (TV)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il ___/___/___ e residente a _____ prov. _____ indirizzo

_____ codice fiscale _____

DENUNCIA

il seguente ricovero ospedaliero

causa: malattia infortunio altro (specificare) _____

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

c/c Banca di Monastier e del Sile Credito Cooperativo

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 _____

