RICHIESTA DI DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO

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 copia conforme all'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 copia conforme all'originale rilasciato su richiesta dall'istituto di cura.

C H I E D E
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 acquisisti in relazione alle prestazione 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 _____
_____
_____

_____
Ufficio Monsile con te