

Modulo di richiesta DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO

Il sottoscritto/a

nato/a a prov. (.....) il

e residente a prov. (.....) indirizzo

C.F.:

DENUNCIA

Il seguente ricovero

Causa:

Infortunio **Malattia** **R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)**

Altro (da 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 bonifico:

COD. IBAN

I	T																	
Paese	Cin	IBAN	Cin	ABI	CAB													

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

..... (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.

Data: _____

Firme: _____

(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)