RICHIESTA DI DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO

Spett.le
Gargano Vita – Mutua del Credito Cooperativo
Viale Aldo Moro, 9
71013 – San Giovanni Rotondo (FG)

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.

C H I E D E 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 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 mancanza dei requisiti richiesti.

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