

# **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.

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

**COD. IBAN**[illegible]

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)