RICHIESTA DI DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO

Spett.le
Mutua Alta Toscana
Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo
Via IV Novembre, nr. 108
51039 - Quarrata (PT)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov._____ il ____/_____/_____ e residente a _____ prov._____ indirizzo _____
E-mail _____ 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												

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.

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)