

Richiesta di rimborso/ Diarie ospedaliere

Spett.le
Cassa Mutua del Veneziano
 Riviera Matteotti, 18
 30034 Mira - Venezia

il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____
 a _____ prov. _____ e residente a _____ prov. _____
 in via _____ codice fiscale _____

DENUNCIA il ricovero ospedaliero dal giorno ____ / ____ / ____ al giorno ____ / ____ / ____

a causa **malattia** **infortunio** **altro (specificare _____)**

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, sul proprio conto corrente:

I	T			0	8	4	5	2												
Paese	Cin IBAN	Cin	ABI				CAB				N.ro Conto									

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Cassa Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato attuale), sempre nei limiti di cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

do il consenso nego il consenso

data _____ firma _____

compilazione a cura di Venice Care

socio dal ____ / ____ / ____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____ **SI** **NO**

Assenso alla liquidazione della somma di € _____ in data ____ / ____ / ____

No, non si può procedere alla liquidazione per _____

data ____ / ____ / ____ firme _____

(per l'Ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)