RICHIESTA DI DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO

Spett.le

CCR INSIEME ETS

Via Verdi, 19

20038 BUSTO GAROLFO (mi)

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 e di 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 di natura sanitaria acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese da CCR Insieme Ets (ad esempio dati dei 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 a CCR Insieme Ets)

Socio dal ____/____/_____ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____ ☐ SI ☐ NO

☐ Inviata documentazione all'Istituto Assicurativo in data ____/____/_____

☐ NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

_____

(Firma per Ufficio CCR Insieme Ets)