

RICHIESTA DI DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO

Spett.le

Abruzzese Salute - Mutua del Credito Cooperativo

Via Umberto I n. 78/80

65010 - Cappelle sul Tavo (PE)

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a..... (.....)

il...../...../.....residente in(.....) Via.....n°.....

Recapito telefonico.....C.F.:

DICHIARA di aver subito il seguente ricovero ospedaliero

causa: malattia e/o infortunio RSA _____

dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____

come da documentazione allegata:

1. copia documento 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 copia rilasciato su richiesta dall'istituto di cura;
3. per RSA certificato dell'Unità di Valutazione che dispone il ricovero.

CHIEDE il rimborso sul proprio conto corrente a suo tempo indicato a mezzo bonifico come da Regolamento vigente.

- Dichiara di non aver usufruito di rimborsi da parte di altre strutture per le spese, precedentemente indicate, né di averne diritto**
- Dichiara di aver usufruito e/o aver diritto a rimborsi da parte di altre strutture per le spese precedentemente indicate, per un importo di €.....**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiara sotto la sua personale responsabilità (DPR N.445/2000) che i dati su riportati sono conformi a verità.

In fede

_____ li _____

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 art.9, c.2, lett. a) e d) in merito al trattamento dei dati personali, acquisiti in relazione alle prestazioni di rimborso rese dalla Abruzzese Salute (ad esempio dati dai quali possa desumersi il proprio stato di salute), saranno strettamente ed esclusivamente gestiti per le specifiche finalità della pratica di rimborso:

dà il consenso

nega il consenso

(data)_____

(firma)_____

N.B.: si ricorda che le domande di rimborso devono pervenire entro il termine max. 90 gg. dalla data della prestazione, pena la mancata accettazione delle stesse.

Dal 91° giorno al 180° i rimborsi saranno erogati al 50%. Nessun rimborso sarà erogato, decorso tale ulteriore termine.

La Mutua, ai fini di un eventuale riscontro, può chiedere in visione il documento originale, laddove presentato in copia.

Ricevuto in data _____

timbro e firma _____

=====

(parte riservata alla Mutua)

Socio dal.....scadenza annualità.....in regola con i pagamenti SI NO

Assenso alla liquidazione della somma €.....in data.....

Dissenso alla liquidazione per.....

Data _____

(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)