

# RICHIESTA DI DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO

Spett.le  
**ALBANOSTRA**  
**Cassa Mutua G. Leopardi - ETS**  
Piazza Barcaroli, 30  
60030 - Morro d'Alba (AN)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

## DENUNCIA

il seguente ricovero ospedaliero (n.b.: non si indennizzano il giorno di ricovero e quello di dimissioni)

Causa:  malattia (20€/die)  Infortunio (30€/die)  Resid. Sanit. Assist. (RSA) o Lungodegenza (10€/die)

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.
- 3.

**CHIEDE** il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.

## A MEZZO

c/c n. \_\_\_\_\_ B.C.C. di Ostra e Morro d'Alba, Filiale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

Firme: \_\_\_\_\_  
(per l'Ufficio della Mutua)

\_\_\_\_\_ (per il Consiglio della Mutua)

Si ricorda che l'informativa inerente al trattamento dei dati personali resa ai sensi del Reg. UE 679/16 è stata fornita e sottoscritta in fase di richiesta di ammissione quale Socio ed è ulteriormente consultabile, qualora lo ritenga necessario, sul sito [www.albanostra.it](http://www.albanostra.it)