

**Spett.le VITAPIU'**  
**Mutua di Assistenza di Banca delle Terre Venete E.T.S.**  
**Via Spada, 2**  
**31050 VEDELAGO (TV)**  
**tel. 0423.476687 – cell. 3485895087**  
**info@cassamutuavitapiu.it**

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

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

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

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

### **DENUNCIA**

il seguente ricovero ospedaliero

causa:  malattia  infortunio  Day Hospital  parto

dal giorno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

come da documentazione allegata:

1. documento rilasciato dall'istituto di cura riportante data di entrata ed uscita e causa della malattia / infortunio / parto che ha causato il ricovero (copia certificato di degenza);
2. in caso di infortunio, verbale di infortunio rilasciato dall'istituto di cura (pronto soccorso);
3. copia lettera di dimissioni consegnata al medico curante.

**C H I E D E** il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.

### **A MEZZO**

c/c n. \_\_\_\_\_ acceso presso la filiale \_\_\_\_\_

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

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 € \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Firme: \_\_\_\_\_

(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)