

2.

Firme:

(per l'ufficio della Mutua)

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

(per il Consiglio della Mutua)

	info@cassamutuavitapiu.it
II/la sottoscritto/a	
nato/a a	provil/ / e residente a
	provindirizzo
codice fiscale	
	DENUNCIA
il	seguente ricovero ospedaliero
causa: malattia [	infortunio Day Hospital parto
dal giorno	_//al giorno//
	di cura riportante data di entrata ed uscita e causa della e 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 consegn	ata al medico curante.
CHIEDE il risa	cimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.
	A MEZZO
c/c n	acceso presso la filiale
prestazione rese dalla Mutua (ad es	dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisisti in relazione alle empio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute), sempre nei e specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:
□ dò il consenso	□ nego il consenso
(data )	(firma)
	(parte riservata alla Mutua)
Socio dal/H	a versato la quota di rinnovo per l'anno? SI NO
Assenso alla liquidazione della	somma di € in data /
NO, non si può procedere alla l	quidazione per mancanza dei requisiti richiesti dai regolamenti.