



RICHIESTA DI RIMBORSO PER RICOVERO OSPEDALIERO

A NOIxNOI A.M.S.

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____ il
____/____/____ e residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ C.F. _____

DENUNCIO

il seguente ricovero ospedaliero della durata superiore a sette giorni

causa: malattia infortunio altro (specificare) _____
dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____

come da documentazione allegata:

1. documento rilasciato dall'ospedale riportante data di entrata ed uscita e causa della malattia/infortunio
2. in caso di infortunio, verbale di infortunio rilasciato su richiesta dall'ospedale

CHIEDO il rimborso ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi

A MEZZO

Conto corrente c/o BCC delle Prealpi

IBAN: _____ Filiale _____

Per quanto riguarda il trattamento e la comunicazione dei miei dati personali e sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dall'Associazione di Mutuo Soccorso NOIxNOI (ad esempio dati dai quali possa desumersi lo stato di salute in particolare per la gestione e la liquidazione dei sussidi previsti nell'ambito delle iniziative sanitarie a cui aderisco), a soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente a Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnie di Assicurazione e Società di gestione e liquidazione sinistri, sempre nei limiti delle competenze assegnate agli stessi e nel solo caso in cui il trattamento e la comunicazione siano strumentali per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi da me richiesti, io sottoscritto presto il mio consenso ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni. Sono consapevole che, in mancanza del mio consenso, l'Associazione di Mutuo Soccorso NOIxNOI non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi sopracitati.

(luogo e data)

(firma per accettazione e presa visione)

=====

(parte riservata a NOIxNOI)

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: _____

Firme: _____
(per l'ufficio di NOIxNOI)

(per il Consiglio di NOIxNOI)