

Spett.le  
**Serenissima Mutua**  
Via Roma n. 21/a  
31050 – Monastier di Treviso (TV)

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

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

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

### DENUNCIA

il seguente ricovero ospedaliero

causa:  malattia  infortunio  altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

come da documentazione allegata:

1. documento in copia conforme all'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 copia conforme all'originale rilasciato su richiesta dall'istituto di cura.

**C H I E D E** il sussidio sanitario collegato alla prestazione sopra indicata a norma del Regolamento Sussidi Sanitari attualmente in vigore. Il sussidio richiesto sarà da voi pagato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente a me intestato, nel quale vengono addebitati i contributi associativi annuali.

### D I C H I A R A:

- di non aver percepito alcun rimborso da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;
- di aver percepito il rimborso di Euro \_\_\_\_\_ da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;

Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) su cui il Socio vanta simili diritti di rimborso, è responsabilità del Socio informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la Mutua sulla spesa sostenuta, pertanto in nessun caso la Mutua può essere chiamata a rifondere danni subiti dagli altri enti per la mancata o scorretta comunicazione del Socio con riferimento a tale rimborso.

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

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

---

\_\_\_\_\_  
Ufficio Serenissima Mutua