

Spett.le CAS.SA.COLF
 Corso Trieste 10
 00198 ROMA

**MODULO DI RICHIESTA DI INDENNITA' GIORNALIERA DI RICOVERO
 E DI INDENNITA' GIORNALIERA DI CONVALESCENZA DEL DIPENDENTE**

DATI RELATIVI AL DIPENDENTE

COGNOME

NOME

Indirizzo in Italia: Via/Piazza

COMUNE PROV. CAP

TELEFONO/I

E-MAIL

RICHIESTA
 DELLA
 PRESTAZIO
 NE

chiede l'erogazione della seguente prestazione:

- a) indennità giornaliera di ricovero
 b) indennità giornaliera di convalida
 c) rimborso delle spese sostenute per ticket di Alta Specializzazione

ed allega i seguenti documenti:

DOCUMEN
 TAZIONE
 ALLEGATA

casi a) e b)

[1]- In caso di ricovero e di convalida successiva al ricovero - casi a) e b) - :

- 1.1. certificato di dimissione dall'istituto di cura
 1.2. certificato di ricovero (non dovuto se la data di ricovero è indicata nel certificato di dimissione di cui sopra)
 1.3 relazione di dimissione (non dovuto se la diagnosi è contenuta nel certificato di dimissione di cui sopra)
 1.4. prescrizione della convalida da parte di un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (solo in caso di richiesta di indennità giornaliera di convalida; comunque non dovuta se la convalida è prevista nel certificato di dimissione di cui sopra)

IMPORTANTE: I documenti di cui sopra vengono allegati in fotocopia. Il sottoscritto è consapevole che la CAS.SA.COLF ha il diritto di chiedere la cartella clinica relativa al ricovero, nonché gli originali o le copie autentiche dei documenti richiesti.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

caso c)

[2] In caso di richiesta di rimborso delle spese sostenute per ticket sanitari di Alta Specializzazione - caso c) -:

- 2.1. n. ...ticket pagati nel 1° trimestre dell'anno
 2° trimestre dell'anno
 3° trimestre dell'anno
 4° trimestre dell'anno

Il sottoscritto è consapevole che ogni domanda di rimborso deve riguardare i ticket pagati durante **un solo trimestre**; in caso di ticket pagati durante differenti trimestri, essi devono essere oggetto di diverse richieste di rimborso.

IMPORTANTE: I ticket di cui sopra vengono allegati in fotocopia. Il sottoscritto è consapevole che la CAS.SA.COLF ha il diritto di richiedere gli originali o le loro copie autentiche.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

R(IN TUTTI I CASI)

[3] documentazione obbligatoria da allegare in tutti i casi:

- 3.1. MODULO RICHIESTA DATI (MRD/D) compilato e firmato
- 3.2. Numero attestati dell'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale effettuati nei quattro trimestri precedenti il trimestre durante il quale si è verificato il ricovero o durante il quale sono state effettuate le spese sostenute per ticket di alta specializzazione delle quali si chiede il rimborso, e precisamente:

ANNO	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre
<input type="checkbox"/> Anno.....	<input type="checkbox"/> Attestati n....	<input type="checkbox"/> Attestati n....	<input type="checkbox"/> Attestati n....	<input type="checkbox"/> Attestati n....
<input type="checkbox"/> Anno.....	<input type="checkbox"/> Attestati n....	<input type="checkbox"/> Attestati n....	<input type="checkbox"/> Attestati n....	<input type="checkbox"/> Attestati n....

IMPORTANTE: Gli attestati di cui sopra vengono allegati in fotocopia. Il sottoscritto è consapevole che la CAS.SA.COLF ha il diritto di chiederne gli originali o le copie autentiche

- 3.3. informativa e dichiarazione di consenso ai sensi della Legge 196/03 (privacy) (MIC/D) compilato e firmato dal dipendente;
- 3.4. copia documento di identità del dipendente in corso di validità.

MODALITA' DI ACCREDITO

- 1) Bonifico bancario su c/c IBAN

intestato a _____

presso (banca, ag.) _____

- 2) Versamento sul c/c postale n. _____

intestato a _____

- 3) Assegno circolare non trasferibile intestato al dipendente da inviarsi al seguente indirizzo:

Via/Piazza _____

COMUNE _____

PROVINCIA _____

Data

Firma del dipendente
