

**MODULO DI RICHIESTA PRESTAZIONI CASSACOLF**

ISCRITTO/A

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato il: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ Nazione: \_\_\_\_\_

Residente in: Via/Piazza \_\_\_\_\_

NOMINATIVO INDICATO PRESSO L'ABITAZIONE (se diverso dal proprio): \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Cell : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

altro recapito da poter contattare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Chiede l'erogazione delle seguenti prestazioni:**

*(barrare solo le prestazioni per le quali si richiede l'erogazione)*

- Indennità giornaliera per ricovero ospedaliero
- Indennità giornaliera di convalescenza
- Rimborso delle spese per il pagamento di ticket sanitari
- Rimborso delle spese per il pagamento di ticket sanitari per patologie gravi (forme oncologiche maligne)
- Rimborso delle spese sanitarie per il periodo di gravidanza
- Rimborso delle spese per interventi chirurgici del neonato nel suo primo anno di vita

