

## MODULO DI RICHIESTA SUSSIDI/RIMBORSI PER IL PIANO SANITARIO COOP SOCIALI

(compilare in stampatello)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ iscritto dal \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

lavoratore della Cooperativa (*denominazione*) \_\_\_\_\_

chiede che gli venga corrisposto il sussidio per:

- Accertamenti diagnostici, pronto soccorso, prevenzione e controlli (ticket)
- Alta diagnostica strumentale o alta specializzazione
- Visite specialistiche
- Cicli di terapie

### Chiede che il pagamento avvenga tramite

- assegno di traenza a domicilio
- accredito sul proprio c/c bancario/postale di seguito indicato

Banca \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Nominativi degli intestatari del c/c \_\_\_\_\_

Codice IBAN

				A.B.I.				C.A.B.				CONTO							

Tutti i sussidi vengono erogati esclusivamente dietro presentazione della richiesta del Socio di Mutua Ligure. Detta richiesta deve pervenire a Mutua Ligure nel termine di 365 giorni dalla fine dell'evento che dà diritto alla richiesta del sussidio.

Si dichiara che i documenti allegati in fotocopia sono conformi all'originale.

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Luogo e data \_\_\_\_\_

**VERIFICARE NELL'ARTICOLATO DESCRITTIVO DEL PIANO SANITARIO I  
DOCUMENTI DA ALLEGARE**

**MUTUA LIGURE**  
**Società di Mutuo Soccorso**

Prestazione	N° Documenti allegati	Tot. €
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, PREVENZIONE E CONTROLLI (TICKET)	_____	_____
ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE	_____	_____
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____
CICLI DI TERAPIE	_____	_____
<hr/>		
Tot. Documenti allegati	N° _____	per € _____

Al presente modulo, debitamente compilato, si devono allegare i documenti indicati all'interno dell'articolato descrittivo del Piano Sanitario.

**Il Socio può consegnare in busta chiusa o spedire per posta la domanda di rimborso completa della documentazione richiesta alla**

**sede di centrale di VIA BRIGATA LIGURIA , 105r – GENOVA**

**oppure consegnarla in busta chiusa ai seguenti sportelli territoriali di Mutua Ligure:**

VIA C. BATTISTI, 4 int. 6 - SAVONA	c/o Legacoop Liguria	tel. 019.8386847
VIA LUNIGIANA, 229/A – LA SPEZIA	c/o Legacoop Liguria	tel 0187.503170
VIA G. AIRENTI, 5 – IMPERIA	c/o Legacoop Liguria	tel. 0183.666165

L'erogazione dei rimborsi e dei sussidi avverrà tramite la SNMS *Cesare Pozzo* come stabilito dall'apposita convenzione sottoscritta tra Mutua Ligure e la stessa SNMS *Cesare Pozzo*.

In alternativa il **Socio può effettuare autonomamente la richiesta di rimborso on-line** attraverso il sito di Mutua Ligure. Cliccando su **Area Soci riservata** e utilizzando il numero di codice utente presente sulla propria tessera, come meglio specificato sul sito [www.mutualigure.it](http://www.mutualigure.it), il Socio può accedere al servizio **Cesare PozzoTe** attraverso un'area riservata gestita dalla SMNS *Cesare Pozzo*. Il servizio consente di inviare direttamente le proprie ricevute al Gestore che opera per conto di Mutua Ligure per il relativo rimborso.

*Si ricorda che le spese mediche rimborsate non possono essere detratte nella dichiarazione dei redditi del Socio, in quanto i contributi versati alle società di mutuo soccorso e ai fondi sanitari sono fiscalmente agevolati. Resta detraibile, nei limiti stabiliti dalle legge, la parte di spesa non rimborsata.*

## DELEGA ALLA PRESENTAZIONE DI RICHIESTA SUSSIDI/RIMBORSI

(compilare in stampatello)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via e n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### DELEGO

la Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via e n° \_\_\_\_\_

### alla PRESENTAZIONE

a mio nome e per mio conto della seguente documentazione: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

luogo e data \_\_\_\_\_ firma del delegante \_\_\_\_\_