

MODULO DI RICHIESTA SUSSIDI/RIMBORSI PER IL PIANO SANITARIO “FONDO INTEGRATIVO SANITARIO MULTISERVIZI” (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 e alta specializzazione
- Visite specialistiche
- Cicli di terapie
- Ricovero con intervento chirurgico sussidiabile
- Assistenza sanitaria domiciliare
- Maternità

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	_____	_____
RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO SUSSIDIABILE	_____	_____
ASSISTENZA DOMICILIARE	_____	_____
MATERNITA'	_____	_____

Tot. Documenti allegati	N° _____	per € _____
-------------------------	----------	-------------

Al presente modulo, debitamente compilato, si devono allegare i documenti indicati all'interno della Guida al Piano Sanitario "Fondo Integrativo Sanitario Multiservizi".

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, 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 _____