

**MODULO DI RICHIESTA SUSSIDI PER I PIANI SANITARI**  
(compilare in stampatello)

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

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

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

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

aderente al Piano Sanitario (*indicare denominazione*) \_\_\_\_\_

chiede che gli venga corrisposto il sussidio per

- Ricovero clinico ospedaliero
- Ricovero diurno/day surgery
- Ricovero in strutture sanitarie riabilitative
- Interventi chirurgici
- Prevenzione e controlli (ticket)
- Alta diagnostica strumentale o alta specializzazione
- Esami diagnostici strumentali ed esami di laboratorio
- Visite specialistiche
- Cicli di terapie
- Cure oncologiche o della talassemia
- Assistenza domiciliare per malati terminali neoplastici
- Assistenza domiciliare sanitaria
- Trasporto infermi
- Teleassistenza

**Chiede che il pagamento avvenga tramite accredito sul seguente c/c bancario**

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

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

Codice IBAN

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

Compilare unicamente in caso di richiesta di sussidio per familiare avente diritto

Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a
Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a
Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a
Cognome e nome del familiare _____	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a

Si allegano i documenti in originale.

In caso di documentazione in fotocopia, si dichiara che tali documenti sono in copia conforme all'originale.

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

**VERIFICARE NELL'ARTICOLATO DESCRITTIVO DEL PIANO SANITARIO I DOCUMENTI DA ALLEGARE E LE NORME DEL RELATIVO REGOLAMENTO**

**MUTUA LIGURE**  
Società di Mutuo Soccorso ETS

Prestazione	N° Documenti allegati	Tot. €	S	C	F*
RICOVERO CLINICO OSPEDALIERO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO DIURNO/DAY SURGERY	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO IN STRUTTURE SANITARIE RIABILITATIVE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERVENTI CHIRURGICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREVENZIONE E CONTROLLI (TICKET)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAMI DIAGNOSTICI STRUM. ED ESAMI DI LABORATORIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CICLI DI TERAPIE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE ONCOLOGICHE O DELLA TALASSEMIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSIST. DOMICIL. PER MALATI TERMINALI NEOPLASTICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASPORTO INFERMI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELEASSISTENZA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tot. Documenti allegati</b>		N° _____	per € _____		

\* Barrare la casella che interessa : S = Socio, C = Coniuge, F = Figlio

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

Il Socio può presentare la **richiesta di rimborso** con le seguenti modalità:

- **on-line** accedendo all'Area Riservata Soci sul sito [www.mutualigure.it](http://www.mutualigure.it);
- **via mail a rimborsi@mutualigure.it** inviando la documentazione completa in formato pdf o jpeg;
- **consegnando/spedendo** la documentazione cartacea alla sede di Mutua Ligure (Via Brigata Liguria 105r - 16121 Genova)

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 dalla 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 \_\_\_\_\_