

## 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 e alta specializzazione
- Visite specialistiche
- Terapie
- Odontoiatria
- Maternità e Gravidanza
- Ricovero con intervento chirurgico sussidiabile
- Assistenza socio sanitaria

**Chiede che il pagamento avvenga tramite 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  
DOCUMENTI DA ALLEGARE

Prestazione	N° Documenti allegati	Tot. €
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, PREVENZIONE E CONTROLLI (TICKET)	_____	_____
ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE	_____	_____
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____
TERAPIE	_____	_____
ODONTOIATRIA	_____	_____
MATERNITA' E GRAVIDANZA	_____	_____
RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO SUSSIDIABILE	_____	_____
ASSISTENZA SOCIO SANITARIA	_____	_____
<b>Tot. Documenti allegati</b>	<b>N° _____</b>	<b>per € _____</b>

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](mailto: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 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 \_\_\_\_\_