

**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

- bonifico domiciliato postale
- 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** _____