

MUTUA LIGURE
Società di Mutuo Soccorso

MODULO DI RICHIESTA SUSSIDI
EMERGENZA COVID-19

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) _____
con piano sanitario _____
chiede che gli venga corrisposto il sussidio per:

- Ricovero ospedaliero
- Isolamento domiciliare

Chiede che il pagamento avvenga tramite																																					
<input type="checkbox"/> bonifico domiciliato postale	<input type="checkbox"/> accredito sul proprio c/c bancario/postale di seguito indicato																																				
Banca _____	Indirizzo _____																																				
Nominativi degli intestatari del c/c _____																																					
Codice IBAN																																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="4"></th><th>A.B.I.</th><th colspan="4"></th><th>C.A.B.</th><th colspan="4"></th><th>CONTO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					A.B.I.					C.A.B.					CONTO																					
				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 data dell'evento che dà diritto alla richiesta del sussidio.
Si dichiara che i documenti allegati sono conformi all'originale.

Firma del richiedente _____ Luogo e data _____

MUTUA LIGURE
Società di Mutuo Soccorso

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

Prestazione	N° Documenti allegati	Tot. €
RICOVERO OSPEDALIERO	_____	_____
ISOLAMENTO DOMICILIARE	_____	_____
<hr/>		
Totale documenti allegati	n. _____	€ _____

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

Il Socio può inviare la documentazione via mail all'indirizzo segreteria@mutualigure.it oppure spedire per posta la domanda di rimborso, completa della documentazione richiesta, alla sede di centrale in

VIA BRIGATA LIGURIA 105r – 16121 GENOVA

oppure presso gli sportelli territoriali di Mutua Ligure:

VIA C. BATTISTI, 4/6 – 17100 SAVONA c/o Legacoop Liguria tel. 019.8386847

VIA LUNIGIANA, 229/A – 19100 LA SPEZIA c/o Legacoop Liguria tel 0187.503170

VIA G. AIRENTI, 5 – 18100 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.