N. protocollo	Data compilazione
	Arrivo sede regionale
Regione	
	Arrivo sede nazionale

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
CESAREPOZZO
servizi d'integrazione sanitaria

Numero matricola socio

Numero mat. Rappresentante

RICHIESTA SUSSIDI SALUTE PIÙ - SALUTE SINGLE

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
(Cognome e nome)

iscritto/a dal _____ _____ _____
(Professione) *(Azienda)*

Indirizzo _____ n. _____
(Via/piazza)

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. abit. _____ Tel. ufficio _____ E-mail _____

PRESTAZIONE BASE DI APPARTENENZA

☐ **TUTELA GLOBALE** ☐ **PRIMA TUTELA**
☐ **A QUATTRO** ☐ .....

PAGAMENTO CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

☐ **TRATTENUTA BUSTA PAGA** ☐ **R.I.D.**
☐ **C/C POSTALE** ☐ .....

In qualità di socio chiede che gli venga corrisposto il sussidio riferito a una delle seguenti prestazioni:

☐ **SALUTE PIÙ** ☐ **SALUTE SINGLE**

Cognome e nome	Posizione	Totale fatture allegate	Riservato alla sede nazionale
	socio/a	**n.**	**Euro**
	coniuge	**n.**	**Euro**
	figlio/a	**n.**	**Euro**
	figlio/a	**n.**	**Euro**
	figlio/a	**n.**	**Euro**
	figlio/a	**n.**	**Euro**

Chiede che il pagamento avvenga tramite ☐ **accredito sul proprio c/c bancario** ☐ **assegno di traenza a domicilio** ☐

Per l'accredito bancario Utilizzare dati del RID attivo ☐ Banca _____

Indirizzo _____

Nominativi degli intestatari del c/c _____

		CIN	A.B.I.	C.A.B.	CONTO
Codice IBAN	I T				

Luogo e data

Firma del socio

Firma (per la Società)

Vedere nel retro i documenti da allegare

DOCUMENTI DA ALLEGARE PER OGNI RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER SUSSIDI

Salute Più - Salute Single

Tipo prestazioni	Documenti	Coniuge	Conviv. more uxorio	Figli
Visite mediche specialistiche	**1-2-3**	**51**	**52**	**51-53-54**
Esami diagnostici strumentali	**1-2-3-4**	**51**	**52**	**51-53-54**
Esami di laboratorio	**1-2-3-4**	**51**	**52**	**51-53-54**
Acquisto lenti per occhiali e/o lenti a contatto	**1-2-3-4**	**51**	**52**	**51-53-54**
Acquisto di protesi o presidi sanitari	**1-2-3-4**	**51**	**52**	**51-53-54**

DOCUMENTI

1 Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare alcun documento

2 Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento

3 Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale. Qualora sulla ricevuta non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

4 Certificato di prescrizione del medico specialista o dell'ottico che indichi la patologia (per la richiesta di lenti è necessario che sia indicato anche il difetto visivo)

51 Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio ★.

52 Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more-uxorio ★.

53 Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 18 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:
   a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico ★.

54 Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 25 anni, se permanentemente inabili al lavoro:
   a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico ★;
   b. dichiarazione in originale rilasciata dagli Enti preposti a questo riconoscimento attestante l'inabilità permanente al lavoro.

NORME GENERALI

AVVERTENZE

Tutti i documenti devono essere in originale o fotocopie autenticate dalle Sedi regionali della Società.
Per evitare furti o smarrimenti i sussidi verranno pagati con l'accredito sul proprio c/c bancario o,in mancanza di questo, con assegni di traenza a domicilio del socio.
Le richieste di sussidio devono essere consegnate o spedite alle sedi regionali. Gli indirizzi delle sedi regionali sono indicati sul giornale Il Treno.
Tutte le notizie richieste e necessarie per la liquidazione del sussidio vanno compilate con calligrafia chiara e leggibile, possibilmente in stampatello.
Moduli incompleti o illeggibili ritarderanno inevitabilmente la procedura della liquidazione della pratica.

DICHIARAZIONE DI NOTORIETÀ

Tutti i documenti segnati con ★ possono essere sostituiti con il modulo per **la dichiarazione di notorietà**, **da autenticare presso le nostre sedi regionali**.

TERMINI DI PRESENTAZIONE

I sussidi vengono erogati solo su richiesta del socio o del familiare erede direttamente interessato, da trasmettere alla Società entro 365 giorni dalla fine dell'evento che dà titolo al sussidio; dopo tale termine, il diritto al sussidio si estingue. (cfr. art. 4.4 del Regolamento)

DOCUMENTAZIONE

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto. La documentazione deve essere presentata o eventualmente integrata entro 180 giorni dalla presentazione della domanda di sussidio, pena la decadenza dal diritto di sussidio. (cfr. art. 4.5 del Regolamento)

S	C	F	PUB	PRI	LIP	Nominativo di chi ha emesso il documento	Tipo di prestazione	Data di emissione	Importo
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				
☐	☐	☐	☐	☐	☐				

Barrare la casella che interessa: S = Socio, C = Coniuge, F = Figlio, PUB = Pubblico, PRI = Privato, LIP = Libera Professione