

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

Numero matricola socio

RICHIESTA SUSSIDI

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a nato il

(Cognome e nome)

Scritto/a dal

(Professione)

(Azienda)

Indirizzo n.

(Via/piazza)

CAP Comune Prov.

Tel. abit. Tel. ufficio E-mail

Scritto nella Prestazione Fondo Sanitario Integrativo Gruppo Fincantieri ed eventualmente nella seguente prestazione aggiuntiva:

Prestazione per coniuge o convivente more-uxorio Prestazione per figli

In qualità di socio chiede che gli venga corrisposto il sussidio di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.1 Ricovero clinico ospedaliero | <input type="checkbox"/> 6 Prevenzione e controlli (ticket) |
| <input type="checkbox"/> 1.2 Ricovero diurno/day surgery | <input type="checkbox"/> 7 Alta diagnostica strumentale |
| <input type="checkbox"/> 1.3 Ricovero in strutture sanitarie riabilitative | <input type="checkbox"/> 9 Chirurgia Oculistica |
| <input type="checkbox"/> 1.4 Cure oncologiche o della talassemia | <input type="checkbox"/> 10 Lenti per occhiali |
| <input type="checkbox"/> 1.5 Dialisi | <input type="checkbox"/> 11 Odontoiatria |
| <input type="checkbox"/> 2 Grandi interventi chirurgici | <input type="checkbox"/> 12 Trasporto infermi |
| <input type="checkbox"/> 3 Assistenza domiciliare sanitaria | <input type="checkbox"/> 13 Cicli di terapia |
| <input type="checkbox"/> 4 Visite specialistiche | <input type="checkbox"/> 14 Maternità |
| <input type="checkbox"/> 5 Esami diagnostici strumentali ed esami di laboratorio (ticket) | |

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

Per l'accredito bancario:

Banca Indirizzo

Nominativi degli intestatari del c/c

Codice IBAN

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

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

Cognome e nome del familiare

Data di nascita Grado di parentela col socio Coniuge Figlio/a Convivente more-uxorio

Si allegano i documenti in originale.

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

Luogo e data

Firma *(del richiedente)*

**Vedere nel Regolamento interno i documenti da allegare e le norme regolamentari.
 Le richieste di sussidio devono essere consegnate o spedite alle sedi regionali o ai presidi territoriali**

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"/>
CURE ONCOLOGICHE O DELLA TALASSEMIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIALISI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI ED ESAMI DI LABORATORIO (TICKET)	_____	_____	<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	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHIRURGIA OCULISTICA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LENTI PER OCCHIALI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ODONTOIATRIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASPORTO INFERMI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CICLI DI TERAPIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MATERNITÀ	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tot. documenti allegati N° _____ per € _____

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

Nel caso in cui la richiesta del sussidio sia riferita al familiare avente diritto, allegare:

- 1) Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio (*)
- 2) Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more-uxorio (*)
- 3) Per i figli 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. (*)
- 4) Per i figli 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.

Imposta di bollo su ricevute mediche

Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in euro 1,81 mediante applicazione di marche o bollo a punzone. Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo; comunque la Società non rimborsa l'imposta di bollo.

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 territoriali.

Traduzione dei documenti in lingua straniera

Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art. 5.7 del regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino ad un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

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.

Cartella clinica

Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.