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

**Harmonia e Salute**
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

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**

☐ **SALUTE FAMIGLIA GLOBAL**
☐ **SALUTE FAMIGLIA SILVER** ☐ .....

**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**



**SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO HARMONIA E SALUTE** Via della Libertà 112 - 95129 Catania

## 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.
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