

**DOMANDA DEL BENEFICIARIO DIVERSO
DAL DIPENDENTE/PENSIONATO**

Spettabile
**CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA
"CARLO DE LELLIS"**
Via Antonio Stoppani, 6
20129 Milano MI

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome		Nato/a a		Il	
domiciliato in		indirizzo		in. Civico CAP	
C.F.	Tel. abitazione	Fax	Tel. Cellulare		
P. Iva	Tel. ufficio	e-mail			
CODICE IBAN:					

in relazione all'adesione alla vostra Cassa di Assistenza sanitaria dell'Ente/Associazione

Ragione sociale dell'Ente/Associazione	Nominativo iscritto all'Ente/Associazione
--	---

Chiede

di poter aderire alla Cassa come **Beneficiario** e precisa:

- a) Di impegnarsi ad osservare le norme dello Statuto e Regolamento;
- b) Di allegare il modulo di consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679), dopo aver preso atto e trattenuta la relativa informativa;
- c) Di allegare fotocopia documento di identità non scaduto
- d) Di aver preso atto della decorrenza dell'iscrizione alla Cassa e delle coperture assicurative come previsto nel Regolamento.
- e) Di impegnarsi a provvedere al versamento direttamente alla Cassa di quanto necessario per l'attivazione della polizza assicurativa e per i rinnovi successivi.

dichiara, inoltre, che:

- NON INTENDE inserire nella garanzia assicurativa il proprio nucleo familiare.
- INTENDE inserire nella garanzia assicurativa i famigliari come risultanti dall'elenco posto a tergo accollandosi l'onere di provvedere al versamento, direttamente a Cassa, dei relativi contributi/premi. Allega certificato Stato di Famiglia aggiornato.

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma del Beneficiario

ELENCO RIEPILOGATIVO DEI FAMIGLIARI DEI BENEFICIARI
(conforme allo stato di famiglia)

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con il beneficiario	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con il beneficiario	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con il beneficiario	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con il beneficiario	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con il beneficiario	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con il beneficiario	Codice Fiscale

Famigliare

Cognome e Nome del familiare	Data di nascita
Relazione con il beneficiario	Codice Fiscale

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma del Beneficiario