

DOMANDA ADESIONE BENEFICIARIO

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	
Tel. ufficio.	Tel. abitazione	Fax	Tel. Cellulare		
Codice Fiscale		e-mail			
CODICE IBAN:					

in relazione all'adesione alla Vostra Cassa di Assistenza sanitaria da parte dell'Azienda:

Ragione sociale dell'Azienda

presso cui è dipendente dal _____ con qualifica di: Dirigente Quadro Impiegato
oppure quale Pensionato Consulente Amministratore / Consigliere di amministrazione

chiede

di poter aderire alla Cassa De Lellis 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 dell'Accordo Aziendale che ha stabilito l'adesione ad una forma di assistenza sanitaria integrativa
 - in forma COMPLETA
 - in forma INTEGRATIVA (al Fondo di appartenenza)
- e) di aver preso atto della decorrenza dell'iscrizione alla Cassa e delle coperture assicurative come previsto nel Regolamento.

DICHIARA INOLTRE CHE:

- NON INTENDE inserire nella garanzia assicurativa il proprio nucleo familiare.
- INTENDE inserire nella garanzia assicurativa i familiari come risultanti dall'elenco posto a tergo. 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 dipendente	Codice Fiscale

Famigliare

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

Famigliare

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

Famigliare

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

Famigliare

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

Famigliare

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

Famigliare

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

Luogo e data _____

Firma del beneficiario