

**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.

Firma del beneficiario

Luogo e data \_\_\_\_\_

**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