

**MODULO DI ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO CAMPA.
COPERTURA SANITARIA COLLETTIVA AZIENDALE art. 51 co. 2 lett. a) TUIR DPR 917/86**

ESTENSIONE COPERTURA FAMILIARI
(coniuge e convivente di fatto ex lege 76/2016 e figli)

Avendo l'azienda deliberato, in virtù di contratto, accordo o regolamento aziendale l'erogazione di un contributo di assistenza sanitaria integrativa in favore dei propri dipendenti e avendo realizzato una convenzione con CAMPA SMS avente fine esclusivamente assistenziale ai sensi dell'art. 51 DPR 917/86, per la concreta erogazione dell'assistenza in favore dei propri Soci lavoratori e dipendenti, ed essendo la stessa Copertura Sanitaria Integrativa estensibile al nucleo familiare convivente (intendendosi per questo il coniuge o il convivente di fatto ex lege 76/2016 e i figli finché conviventi) **con le modalità previste dal Regolamento Speciale del Fondo e con la contribuzione prevista dal piano Sanitario in uso al Lavoratore.**

Il sottoscritto lavoratore

COGNOME NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ TEL _____

CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

DOMANDA

di iscrivere al Fondo Sanitario Pluriaziendale **CAMPA**, al fine di poter usufruire dei sussidi e dei rimborsi previsti dalla copertura sanitaria integrativa concordata, i propri familiari (coniuge, convivente di fatto ex lege 76/2016 e figli conviventi) sia fiscalmente a carico sia eventualmente quelli non fiscalmente a carico, autocertificando inoltre, ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, i propri dati anagrafici e quelli dei familiari. I familiari dichiarano ugualmente di voler essere iscritti al Fondo Sanitario Pluriaziendale **CAMPA** ai medesimi effetti e delegano il titolare della posizione a tenere i rapporti con CAMPA, in particolare per la ricezione dei sussidi e dei rimborsi che saranno accreditati sul c/c del dipendente titolare della posizione.

PIANI SANITARI CHE PREVEDONO L'ESTENSIONE GRATUITA PER I FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO.

L'estensione della copertura ai **familiari conviventi NON fiscalmente a carico (PAGANTI) non potrà essere selettiva**, ma dovrà coinvolgere l'intero nucleo familiare e si intenderà tacitamente rinnovata di 3 anni in 3 anni, salvo non sia comunicata disdetta da una delle parti mediante invio di lettera raccomandata a/r o posta certificata 60 giorni prima della scadenza naturale, come previsto dal Regolamento Speciale della relativa copertura collettiva (è consentita la chiusura anticipata in caso di variazioni dello stato di famiglia opportunamente documentate).

L'eventuale compresenza di altre forme di copertura sanitaria, oltre a quella del SSN, impegna l'assistito a comunicare alla CAMPA l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso.

COGNOME e NOME FAMILIARI	GRADO PARENTELA	CODICE FISCALE	FIRMA dei familiari maggiorenni	Familiare fiscalmente a carico	
				SI	NO
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Privacy ex art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e successive modifiche ed integrazioni

La sottoscrizione dell'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (idonei a rilevare lo stato di salute) per i dipendenti e familiari avverrà alla prima Richiesta di Rimborso delle Spese Sanitarie oppure tramite accesso alla propria APP/Area Riservata.

_____ li _____

_____ Firma del Dipendente