

MODULO DI ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO CAMP.A.
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 CAMP.A 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 **CAMP.A**, 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 **CAMP.A** ai medesimi effetti e delegano il titolare della posizione a tenere i rapporti con CAMP.A, 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'interno nucleo familiare e dovrà restare confermata per tutta la durata della convenzione e dei successivi rinnovi, 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 CAMP.A 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
