



MODULO ADESIONE POLIZZA SANITARIA 2024/2025

(modulo da riconsegnare alla segreteria entro e non oltre il 15/05/2024, termine entro il quale dovreste anche versare il relativo premio)

RINNOVO

NUOVO INSERIMENTO

Io sottoscritto _____ maestro di _____, nato a _____ il _____ Codice fiscale _____

DICHIARO

di voler essere inserito nella copertura fornita dalla polizza di assistenza sanitaria a partire dalle ore 24,00 del 30/04/2024 per il periodo dal **01/05/2024** al **30/04/2025** per un importo pari ad € _____.

Dichiaro inoltre di voler inserire nella copertura di cui sopra i seguenti **familiari a carico** (senza reddito proprio defin. *1):

NOME E COGNOME

NATO IL

CODICE FISCALE

RAPPORTO DI PARENTELA

Dichiaro inoltre di voler inserire in copertura i seguenti **familiari non a carico**, (familiari conviventi - stesso stato di famiglia che hanno un reddito vedi definizione *2) per i quali verserò un ulteriore premio indicato sulla circolare, calcolato in base al numero di familiari:

*Si precisa che in caso di inserimento devono essere inseriti tutti i familiari NON A CARICO

NOME E COGNOME

NATO IL

CODICE FISCALE

RAPPORTO DI PARENTELA

Data

Firma per accettazione

*1) **Nucleo familiare**: maestro di sci, coniuge fiscalmente a carico anche non convivente purché non separato legalmente, persone unite civilmente e figli conviventi e non, per i quali si verificano le condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico - art. 13 del TUIR così come novellato dal Dlgs 446/97);

*2) Ogni altro familiare convivente a carico e non (compreso coniuge fiscalmente non a carico o persona convivente "more uxorio").