



## MODULO ADESIONE POLIZZA SANITARIA 2020/2021

(modulo da riconsegnare alla segreteria entro e non oltre il 15/05/2020, 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 30/04/2020 per il periodo dal **01/05/2020** al **30/04/2021** 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):

<i>NOME E COGNOME</i>	<i>NATO IL</i>	<i>CODICE FISCALE</i>	<i>RAPPORTO DI PARENTELA</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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:

<i>NOME E COGNOME</i>	<i>NATO IL</i>	<i>CODICE FISCALE</i>	<i>RAPPORTO DI PARENTELA</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Data

Firma per accettazione

\*1) **Nucleo familiare:** maestro di sci, coniuge fiscalmente a carico anche non convivente purché non separato legalmente, e figli conviventi e non, per i quali si verifichino 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").