

**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 MORE UXORIO 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 la 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 more uxorio e i figli finché conviventi*) **con le modalità previste dal Regolamento Speciale della Copertura,**

il sottoscritto lavoratore

COGNOME NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ TEL _____

CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO EMAIL _____

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 more uxorio e figli conviventi) autocertificando 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.

L'estensione della copertura ai familiari conviventi (coniuge/convivente e figli) non potrà essere selettiva, ma dovrà coinvolgere l'intero 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 documentata).

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 o di chi esercita la potestà genitoriale
1.			
2.			
3.			
4.			

Autorizzazione Trattamento dati personali

Preso atto dell'informativa della CAMP A ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e successive modifiche ed integrazioni, la sottoscrizione dell'autorizzazione trattamento dati personali e sensibili (idonei a rilevare lo stato di salute), per i dipendenti e familiari, potrà avvenire tramite compilazione del modulo "Informativa Consenso Privacy" o di quello riportato a tergo del modulo "Richiesta Rimborso Spese Sanitarie" scaricabili dal sito; il consenso potrà anche essere prestato dal Dipendente Titolare della posizione accedendo la prima volta nell'Area Riservata sul sito CAMP A.

_____ li _____

Firma del Dipendente
