

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a (.....) il

Residente in via..... N°..... Città (.....) CAP

Codice Fiscale..... Indirizzo Email..... Cell

in qualità di Rappresentante Legale di..... C.F./ P.IVA.....

sita in via N°..... Città (.....) CAP

Tel..... Fax Indirizzo Email.....

CHIEDE

di essere ammesso a codesto FONDO SANITARIO in qualità di Aderente al fine di iscrivere i propri dipendenti e/o Amministratori (di cui all'elenco allegato) perché possano avvalersi dei servizi di assistenza sanitaria forniti da codesto Fondo Sanitario e per i quali si impegna a versare l'importo di iscrizione Una Tantum di € 60,00 per ogni iscritto per i primi 15 e di € 25,00 oltre i 15 nonché a versare l'importo dei contributi annuali così come definiti, esercizio per esercizio, dal Consiglio di Amministrazione.

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento impegnandosi ad osservarli integralmente;
- di accettare sin d'ora ogni variazione dei predetti, come pure ogni altra deliberazione legalmente assunta dagli Organi Sociali;
- che gli elenchi allegati delle persone da iscrivere rappresentano la totalità dei propri..... senza nessuna discriminazione e per i quali l'Aderente si impegna a far sottoscrivere l'allegato consenso per il trattamento dei dati sensibili (*ex legge sulla Privacy*);
- che l'iscrizione al Fondo è richiesta in virtù di un contratto nazionale aziendale per categorie per tutti i dipendenti o in virtù di una delibera dell'Azienda dell'Ente / Associazione
- di impegnarsi al regolare e tempestivo pagamento dei contributi per almeno 3 (tre) anni solari, oltre all'eventuale frazione d'anno all'iscrizione;
- di avere altre forme di copertura sanitaria Sì No

Se Sì, si impegna ad informare i dipendenti e/o gli Amministratori iscritti al Fondo dell'obbligo di comunicare allo stesso, l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti, per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso.

SCelta DEL PIANO SANITARIO

Base

Base 1

Medio 1

Medio 2

Plus 1

Plus 2

Plus 1 + LTC

Plus 2 + LTC

Integrativo FASI

Integrativo FASDAC

ALLEGA

- di copia del bonifico bancario intestato a Fondo Sanitario Tre Esse;
- elenco iscritti con dati anagrafici e sottoscrizione consenso per la Privacy (allegato alla Domanda).

In caso di non accettazione della domanda da parte del Consiglio di Amministrazione, gli importi anticipati a qualsiasi titolo verranno restituiti all'aspirante Aderente.

Bonifico Bancario intestato a **FONDO SANITARIO TRE ESSE** IBAN **IT 86 Q 06230 01655 000043649186**

Chiede che la corrispondenza che ci riguarda venga spedita al seguente recapito:

Rag. Sociale

via N°..... Città (.....) CAP

Conferma infine espressamente di aver preso visione e di accettare in particolare gli articoli 6,13,19,20 dello Statuto e gli articoli 3, 11, 12, 13, 16, 17 del Regolamento.

Data.....

In fede

Inviare a: fondosanitariotreesse@mutuatreesse.it oppure spedire a Fondo Tre Esse, Foro Buonaparte 12, 20121 Milano