

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](mailto:fondosanitariotreesse@mutuatreesse.it) oppure spedire a Fondo Tre Esse, Foro Buonaparte 12, 20121 Milano