

DOMANDA DI ADESIONE PIANI DI WELFARE MUTUA CST FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Il/La Sottoscritto/a, nato a,
il, Residente a,
Via, Cap,
Codice Fiscale, E-mail,
Cell.....

In qualità di Legale Rappresentante Pro Tempore della Azienda, CF/Partita
IVA Sede Legale sita in
Via, Cap, Tel,
E-mail....., Pec.....

Premesso che:

1. La Federazione Trentina della Cooperazione ha promosso la costruzione di un Sistema mutualistico territoriale per dare vita ad un nuovo pilastro di welfare cooperativo, individuando in Mutua CST il Fondo Sanitario su cui incardinare lo sviluppo del progetto;
2. L'Adesione a Mutua CST consente alle Cooperative di **assolvere agli obblighi di sanità integrativa previsti dai contratti collettivi in favore dei lavoratori dipendenti**;
3. Il Consiglio d'Amministrazione della Cooperativa ha deliberato di aderire a Mutua CST affinché i dipendenti, una volta iscritti, possano beneficiare dei servizi di assistenza sanitaria forniti dal Fondo.

Chiede:

in nome e per conto dei propri dipendenti aventi diritto alla sanità integrativa, l'iscrizione degli stessi a Mutua CST al fine di beneficiare della copertura sanitaria. In nome proprio e per conto dei propri dipendenti e/o collaboratori, l'ammissione di questi ultimi a soci beneficiari della copertura sanitaria descritta nel Piano sanitario:

- PIANO SANITARIO QUADRI DELLA DISTRIBUZIONE COOPERATIVA** - Contributo € 1.100
- PIANO SANITARIO SOCI PLUS** - Contributo € 300
- PIANO SANITARIO WELFARE AZIENDALE** - Contributo € 900
- PIANO SANITARIO SOCI BASE** - Contributo € 200
- PIANO SANITARIO AMMINISTRATORI, SINDACI E SOCI** - Contributo € 300
- PIANO SANITARIO 128** - Contributo € 128

La copertura sanitaria contrattuale avrà durata di 2 anni con tacito rinnovo.

La copertura sanitaria decorrerà dal 1° del mese in cui viene effettuata la domanda.

Dichiara:

1. che i dati contenuti nell'Allegato 4 alla Domanda di Adesione (file excel "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione") siano validi e corretti;
2. di aver preso visione degli Allegati alla Domanda di Adesione (A1. Piano Sanitario, A2. Norme Di Attuazione del Piano, A3. Informativa Privacy Mutua CST, A4. Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione, A5. Variazione Dati Azienda Beneficiari e Nucleo Familiare, A5-a. Richiesta Iscrizione Nucleo Familiare Mutua CST), di Statuto e Regolamento di Mutua CST e di accettare sin d'ora ogni variazione degli stessi, come ogni altra deliberazione degli organi sociali consultabili nel sito di Mutua CST www.mutuacst.it;
3. di aver sottoposto ai propri collaboratori l'informativa Privacy di Mutua CST ai sensi dell'art. 13-14 del Regolamento UE 2016/679, impegnandosi a condividere anche future integrazioni;
4. di impegnarsi al regolare e tempestivo versamento dei contributi dovuti per la copertura sanitaria, per l'importo e nelle modalità indicate dalle Norme di Attuazione;
5. di nominare quale referente interno:

Nome e Cognome Indirizzo mail.....

Tel.

Luogo e Data

....., li

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

.....

*Compilare ed inviare all'indirizzo PEC: **mutuacst@pec.it** unitamente al file excel "Dati Azienda e Dati Beneficiari Prima Iscrizione".*

Per info: amministrazione@mutuacst.it - 0461 1975141 (tasto 1)