

RICHIESTA ISCRIZIONE NUCLEO FAMILIARE AL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO MUTUA CST

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

Lavoratore presso l'Azienda (riportare denominazione – Comune - Prov)

- Avendo l'azienda per cui lavora deliberato l'adesione al Fondo Sanitario Mutua CST per ottemperare agli obblighi di sanità integrativa previsti dal contratto collettivo applicato in azienda;
- Essendo prevista dal Piano Sanitario la possibilità di estendere la copertura del lavoratore al suo al Nucleo Familiare convivente (dove per Nucleo Familiare si intende il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli conviventi), con versamento dei contributi di iscrizione a carico del lavoratore;

Richiede

Di estendere la copertura sanitaria al proprio Nucleo Familiare convivente e dunque di iscrivere i familiari conviventi, nessuno escluso, al Fondo Sanitario Integrativo Mutua CST.

Inoltre dichiara, sotto la propria responsabilità,

- Consapevole delle conseguenze civili ed anche penali (ai sensi degli art. 482 e 486 C.P.), che potrebbero inficiare il diritto ai sussidi in caso di dichiarazione mendace o comunque non rispondente al vero, che il proprio Nucleo Familiare avente diritto alla copertura ai sensi delle Norme di Attuazione del proprio Piano Sanitario, è così composto:

N.	Cognome famigliare	Nome famigliare	Codice fiscale	Relazione parentela (C o F)*	Famigliare a carico**	
1					SI	NO
	E-mail		Firma***			
2					SI	NO
	E-mail		Firma***			
3					SI	NO
	E-mail		Firma***			
4					SI	NO
	E-mail		Firma***			
5					SI	NO
	E-mail		Firma***			

* Scrivere **C** se Coniuge o Convivente more uxorio. Scrivere **F** se Figlio convivente;

** Barrare **SI** se a carico fiscale, totale o parziale. Barrare **NO** se non a carico;

*** Firma del familiare maggiorenne/ del genitore o di chi ne fa le veci se minore. Con la firma, il familiare intende accordato il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, così come esplicitato nell'Informativa sotto riportata. Per i figli minori, il consenso è espresso con la firma del Lavoratore.

- Di accettare che, se l'iscrizione dei famigliari avviene entro il termine di 30 giorni dal momento in cui la copertura sanitaria integrativa è operante di anno in anno per il lavoratore, verrà applicata la stessa **decorrenza** immediata dell'assistenza prevista per il lavoratore. Qualora l'iscrizione del nucleo familiare convivente avvenga successivamente al termine di 30 giorni, la decorrenza dell'assistenza inizierà dopo tre mesi il versamento dei contributi di iscrizione a Mutua CST. Restano escluse dalla copertura le spese relative a ricoveri conseguenti a patologie preesistenti o per la correzione di difetti congeniti e costituzionali. Per prestazioni di Alta specializzazione diagnostica, visite specialistiche e Impianti odontoiatrici sarà applicata una carenza di 12 mesi per le patologie preesistenti al momento della estensione della copertura”.
- Di impegnarsi a versare i **contributi di iscrizione**, per le quote previste dal proprio Piano Sanitario, attraverso trattenuta in busta paga operata dal datore di lavoro, fin quando sarà attiva la copertura in capo alla sua persona e fin tanto che i famigliari faranno parte del suo nucleo familiare convivente. Ovvero, i famigliari conviventi iscritti non potranno recedere dalla copertura sino a quando non terminerà la copertura del lavoratore e/o usciranno dal nucleo familiare del lavoratore stesso. In caso di cessazione del rapporto di lavoro cessa automaticamente anche la copertura per il nucleo familiare. In particolare, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo.
- Di aver sottoposto ai Familiari conviventi l' informativa privacy ai sensi dell'art.13-14 D. Regolamento UE 679/2016 per il trattamento dei dati personali. Attraverso la firma sopra riportata, i Familiari attestano di avere ricevuto e visionato l'informativa in oggetto.

Data _____

Firma del richiedente _____