

## **INFORMATIVA - ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE**

### **(Punto 8. Delle Norme di Attuazione)**

L'iscritta/o interessato può estendere la copertura ai componenti del proprio Nucleo Familiare, intendendosi per questi l'insieme dei soggetti di seguito elencati, riscontrabili nel certificato di stato di famiglia dell'iscritta/o:

- coniuge o partner unito civilmente (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;
- convivente di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, comma 36);
- figli minori: legittimi, naturali, riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati.

Si precisa che l'estensione del piano deve includere tutti i familiari conviventi sopra elencati, nessuno escluso, salvo la compresenza di analoga copertura sanitaria di origine contrattuale come iscritta/o di Cooperazione Salute.

1. Se l'iscrizione dei familiari avviene entro il termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria integrativa è operante per l'iscritta/o, verrà applicata la stessa decorrenza. Qualora l'iscrizione del nucleo familiare convivente avvenga successivamente al termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria è operante per l'iscritta/o, la decorrenza dell'assistenza inizierà dopo tre mesi dalla data di iscrizione e decorrenza del contributo. 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.

2. Nel caso di matrimonio o inizio convivenza o di nascita di un figlio, se l'iscritta/o iscrive i familiari entro 30 giorni dal matrimonio, dall'inizio convivenza o dalla nascita o dall'adozione, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come l'iscritta/o. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.

3. In caso di estensione della copertura al proprio nucleo l'iscritta/o si impegna a versare i relativi contributi attraverso la Azienda per il periodo decorrente dall'accettazione della domanda (dal 1 del mese di attivazione della copertura al 31 dicembre) e i successivi 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi). Durante il suddetto periodo, i familiari conviventi non potranno recedere dalla copertura salvo il realizzarsi di una o più tra le seguenti condizioni: disattivazione copertura in capo all'iscritta/o collaboratore della Azienda; uscita dallo stato di famiglia di uno o più componenti iscritti a Cooperazione Salute; venir meno del rapporto associativo tra Azienda e Cooperazione salute. In tal caso, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo. L'estensione per il nucleo familiare si intenderà tacitamente rinnovata per ulteriori 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi) al termine delle successive scadenze, salvo non si comunicata disdetta da una delle parti mediante invio di lettera raccomandata a/r 60 (sessanta) giorni prima della scadenza dei 3 anni di attività mutualistica".

Ricordiamo che la cooperativa, nel richiedere l'iscrizione del nucleo familiare del proprio dipendente iscritto dovrà sempre allegare il modulo di seguito riportato debitamente compilato e firmato dall'iscritta/o e dai suoi familiari maggiorenni.

In mancanza di tale documento non verrà ultimata la procedura di iscrizione del nucleo familiare.

## RICHIESTA ISCRIZIONE NUCLEO FAMILIARE AL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO COOPERAZIONE SALUTE

Il/La Sottoscritto/a....., nato a.....(.....), il.....  
 Residente a.....(.....), via....., C.a.p. ....  
 Codice Fiscale....., e-mail....., Cell.....  
  
 In qualità di dipendente, socio, beneficiario della Cooperativa.....  
 Sede legale sita in.....(.....), Via....., c.a.p. ....,  
 Tel. ...., e-mail....., Pec.....

- avendo la società cooperativa per cui lavora deliberato l'adesione al Fondo Sanitario Cooperazione Salute 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 proprio 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, nessuno escluso, al Fondo Sanitario Integrativo Cooperazione Salute.

### 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 familiare	Nome familiare	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 attesta di avere ricevuto e visionato l'informativa privacy relativa al trattamento dei dati personali.

Di conoscere quanto previsto al Punto 8 delle Norme di Attuazione del proprio Piano Sanitario, in particolare:

1. Se l'iscrizione dei familiari avviene entro il termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria integrativa è operante per l'Iscritta/o, verrà applicata la stessa decorrenza. Qualora l'iscrizione del nucleo familiare convivente avvenga successivamente al termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria è operante per l'iscritta/o, la decorrenza dell'assistenza inizierà dopo tre mesi dalla data di iscrizione e decorrenza del contributo. 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.
2. Nel caso di matrimonio o inizio convivenza o di nascita di un figlio, se l'Iscritta/o iscrive i familiari entro 30 giorni dal matrimonio, dall'inizio convivenza o dalla nascita o dall'adozione, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come l'Iscritta/o. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.
3. In caso di estensione della copertura al proprio nucleo l'iscritta/o si impegna a versare i relativi contributi attraverso la Azienda per il periodo decorrente dall'accettazione della domanda (dal 1 del mese di attivazione della copertura al 31 dicembre) e i successivi 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi). Durante il suddetto periodo, i familiari conviventi non potranno recedere dalla copertura salvo il realizzarsi di una o più tra le seguenti condizioni: disattivazione copertura in capo all'iscritta/o collaboratore della Azienda; uscita dallo stato di famiglia di uno o più componenti iscritti a Cooperazione Salute; venir meno del rapporto associativo tra Azienda e Cooperazione salute. In tal caso, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo. L'estensione per il nucleo familiare si intenderà tacitamente rinnovata per ulteriori 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi) al termine delle successive scadenze, salvo non si comunicata disdetta da una delle parti mediante invio di lettera raccomandata a/r 60 (sessanta) giorni prima della scadenza dei 3 anni di attività mutualistica".

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.

Per presa visione ed accettazione

....., li .....

Firma

.....