

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

Il sottoscritto

Cognome e Nome: _____, nato il _____, a _____ (prov. _____),
Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, residente in via _____,
città _____ (prov. _____); Email _____; Tel _____;

Lavoratore presso la Cooperativa (riportare denominazione – Comune - Prov) _____;

- 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 Suo 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 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:

[illegible]

* 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:
 - Se l'iscrizione dei famigliari avviene entro il termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria integrativa è operante per l'Iscritto, verrà applicata la stessa decorrenza immediata dell'assistenza prevista per l'Iscritto. Qualora l'iscrizione del nucleo familiare convivente avvenga successivamente al termine di 30 giorni, la decorrenza dell'assistenza inizierà dopo tre mesi dal versamento dei contributi di iscrizione a Cooperazione Salute. 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.
 - Nel caso di matrimonio o inizio convivenza o di nascita di un figlio, se l'Iscritto 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'Iscritto. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.

- Se l'iscritto decide di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare convivente, si impegna a versare i relativi contributi attraverso la cooperativa 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'iscritto collaboratore della cooperativa; uscita dallo stato di famiglia di uno o più componenti iscritti a Cooperazione Salute; venir meno del rapporto associativo tra cooperativa 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 sia 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.

Data _____

Firma del richiedente _____