

01 | I MIEI DATI

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a (.....) il

Residente in via..... N°..... Città..... (.....) CAP.....

Professione Codice Fiscale

Indirizzo Email..... Cell.....

CHIEDE

di essere ammesso a codesta Cooperativa in qualità di Socio ordinario per usufruire delle prestazioni di assistenza come previste dal Piano sanitario scelto. Di conseguenza si impegna a pagare il contributo annuale, così come definito esercizio per esercizio dal Consiglio di Amministrazione. Richiede inoltre l'iscrizione dei familiari indicati di seguito che, con la firma apposta, domandano di divenire associati ai medesimi effetti, e delegano il titolare a tenere i rapporti con Mutua Tre Esse anche per quanto riguarda i versamenti dei contributi associativi e la ricezione di sussidi e rimborsi. Tutti i sottoscritti dichiarano di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento, di impegnarsi a osservarli integralmente e di accettare ogni variazione validamente approvata dall'Assemblea e ogni deliberazione legalmente assunta dal Consiglio di Amministrazione, anche in merito alla determinazione dei contributi associativi annui.

DICHIARA

- che nessuna delle persone firmatarie, e facenti parte del presente nucleo, è affetta da sindromi cromosomiche, infermità mentale, tossicodipendenza, AIDS o alcolismo;
- 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 adottata dagli Organi Sociali;
- di impegnarsi al regolare e tempestivo pagamento dei contributi sociali per almeno 3 (tre) anni solari, oltre all'eventuale frazione d'anno all'iscrizione;
- di avere altre forme di copertura privata Sì No

Se Sì, si impegna a comunicare l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti, per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso.

SCELTA DEL PIANO SANITARIO

PIANO A	PIANO B	PIANO C	PIANO D + DENTAL	PIANO OPTIMA + DENTAL	PIANO INTEGRATIVO
Ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso	Tutti i ricoveri, cure oncologiche e prestazioni extraricovero	Tutti i ricoveri e cure oncologiche	Tutti i ricoveri, prestazioni extraricovero e odontoiatriche	Tutti i ricoveri, prestazioni extraricovero plus e odontoiatriche	Piano Integrativo Fasi e Fasdac
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FAMILIARI DA INSERIRE NEL MIO PIANO SANITARIO

Desidero inserire i miei familiari nel Piano sanitario Sì No

Se Sì, compilare anche il retro.

COORDINATE BANCARE IBAN PER L'ACCREDITO DEI RIMBORSI

Chiedo che i rimborsi a me dovuti vengano accreditati sul c/c bancario intestato a

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C

Data.....

Firma (in originale).....

In proprio e/o esercente la patria potestà

02 | FAMILIARI DA INSERIRE NEL MIO PIANO SANITARIO

1	Cognome e nome	Grado di parentela												
	Luogo e data di nascita	Professione												
	Cod.Fisc.	Firma (per i minori l'esercente della patria potestà)												
Chiedo che i rimborsi a me dovuti vengano accreditati sul c/c bancario intestato a														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PAESE</th> <th>CIN EUR</th> <th>CIN</th> <th>ABI</th> <th>CAB</th> <th>N. C/C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>			PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C						
PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C									
<p align="center">Coordinate Bancarie IBAN da fornire <u>soltanto</u> se si desidera far accreditare i propri rimborsi su un <u>Conto Corrente diverso da quello indicato dal Capo Nucleo</u></p>														
2	Cognome e nome	Grado di parentela												
	Luogo e data di nascita	Professione												
	Cod.Fisc.	Firma (per i minori l'esercente della patria potestà)												
Chiedo che i rimborsi a me dovuti vengano accreditati sul c/c bancario intestato a														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PAESE</th> <th>CIN EUR</th> <th>CIN</th> <th>ABI</th> <th>CAB</th> <th>N. C/C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>			PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C						
PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C									
<p align="center">Coordinate Bancarie IBAN da fornire <u>soltanto</u> se si desidera far accreditare i propri rimborsi su un <u>Conto Corrente diverso da quello indicato dal Capo Nucleo</u></p>														
3	Cognome e nome	Grado di parentela												
	Luogo e data di nascita	Professione												
	Cod.Fisc.	Firma (per i minori l'esercente della patria potestà)												
Chiedo che i rimborsi a me dovuti vengano accreditati sul c/c bancario intestato a														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PAESE</th> <th>CIN EUR</th> <th>CIN</th> <th>ABI</th> <th>CAB</th> <th>N. C/C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>			PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C						
PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C									
<p align="center">Coordinate Bancarie IBAN da fornire <u>soltanto</u> se si desidera far accreditare i propri rimborsi su un <u>Conto Corrente diverso da quello indicato dal Capo Nucleo</u></p>														
4	Cognome e nome	Grado di parentela												
	Luogo e data di nascita	Professione												
	Cod.Fisc.	Firma (per i minori l'esercente della patria potestà)												
Chiedo che i rimborsi a me dovuti vengano accreditati sul c/c bancario intestato a														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PAESE</th> <th>CIN EUR</th> <th>CIN</th> <th>ABI</th> <th>CAB</th> <th>N. C/C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>			PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C						
PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C									
<p align="center">Coordinate Bancarie IBAN da fornire <u>soltanto</u> se si desidera far accreditare i propri rimborsi su un <u>Conto Corrente diverso da quello indicato dal Capo Nucleo</u></p>														