

## ASSICASSA

Modulo per la richiesta di estensione delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa ai familiari socio ordinario non compresi nella prestazione base

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto chiede l'estensione delle prestazioni sanitarie ai seguenti familiari risultanti dallo stato di famiglia, accettando le condizioni previste dal regolamento della Cassa e impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni e le diverse condizioni di carico fiscale.

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Codice Fiscale	Contributi
		Coniuge/Convivente		
		Figlio/a		
		Figlio/a		
		Figlio/a		

Per quanto riguarda le possibili estensioni ai componenti il nucleo familiare (coniuge/convivente more uxorio, figli) e le relative contribuzioni, è necessario verificare quanto previsto dalle singole prestazioni base.

I contributi da versare per le estensioni sono:

- **Euro** .....per coniuge o convivente more uxorio;
- **Euro** .....per ogni figlio fiscalmente a carico;
- **Euro**.....per ogni figlio fiscalmente non a carico;
- **Euro**.....per l'intero nucleo familiare (coniuge, convivente e figli fiscalmente a carico)

**Totale contributi da versare:** .....

Data \_\_\_\_\_ Firma del socio ordinario \_\_\_\_\_

**Da trasmettere urgentemente via fax all'atto dell'iscrizione o di eventuale variazione nella composizione del nucleo a: Unisalute S.p.A. fax 051/320961 e, successivamente, inviare in originale a: Unisalute S.p.A. via A. da Formigine, 1 - 40128 Bologna.**

**COMPILARE E SOTTOSCRIVERE LA DICHIARAZIONE RETROSTANTE A CURA DI OGNI COMPONENTE MAGGIORENNE DEL NUCLEO FAMILIARE INSERITO NELLA PRESTAZIONE.**