

MODULO DI ADESIONE PERSONALE IN QUIESCENZA

(da inviare all'indirizzo email: adesione.eap@intesanpaolorbmsalute.com)

Il Sottoscritto:

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Sesso: <input type="checkbox"/> M Nato il: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Indirizzo di residenza _____	CAP _____
Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____	
Indirizzo e-mail: _____@_____	Recapito telefonico : (ph.) _____ (mob.) _____

Recapito Corrispondenza (solo se diverso da residenza)	
Indirizzo di residenza _____	CAP _____
Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____	

Coordinate Bancarie dell'aderente per eventuali rimborsi : codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente)																													
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>																													

in qualità di Personale in Quiescenza

ed in conformità alle disposizioni del contratto di affidamento del servizio assicurativo per il rimborso spese mediche per malattia o infortunio a favore dei lavoratori dipendenti in attività e dei lavoratori in quiescenza iscritti all' Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione penitenziaria

chiede

PERSONALE IN QUIESCENZA:

- Di aderire come quiescente alla copertura del PIANO BASE
- Di estendere la copertura del PIANO BASE al nucleo familiare
- Di estendere la copertura al PIANO INTEGRATIVO per il titolare della copertura
- Di estendere la copertura al PIANO INTEGRATIVO al nucleo familiare

Coniuge

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico: Sì No
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Nato il: _____

Indirizzo di residenza _____ CAP _____
Comune di residenza _____ Prov(____) Nazione _____

(in alternativa) Convivente more uxorio**Dichiaro di convivere more uxorio con:**

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Nato il: _____

Indirizzo di residenza _____ CAP _____
Comune di residenza _____ Prov(____) Nazione _____

Figlio:

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico: Sì No
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Nato il: _____

Indirizzo di residenza _____ CAP _____
Comune di residenza _____ Prov(____) Nazione _____

Figlio:

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico: Sì No
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Nato il: _____

Indirizzo di residenza _____ CAP _____
Comune di residenza _____ Prov(____) Nazione _____

Figlio:

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico: Sì No
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Nato il: _____

Indirizzo di residenza _____ CAP _____
Comune di residenza _____ Prov(____) Nazione _____

DICHIARO DI AVER INSERITO TUTTI (obbligatorio in relazione al piano sanitario prescelto) I FAMILIARI RISULTANTI DALLO STATO DI FAMIGLIA DEL CAPONUCLEO

SI NO

Ad effettuare il versamento del premio alle condizioni e con le modalità previste a seguire.
Il sottoscritto è a conoscenza ed acconsente al trasferimento dei dati delle persone fisiche alla
Compagnia di Assicurazione Intesa San Paolo RBM Salute SpA.

Copertura Sanitaria (barrare la casella corrispondente alla copertura richiesta)	
Rimborso Spese Mediche e Ospedaliere (RSMO)	
Data inizio/Data fine dei Piani Sanitari	
Dal 01/01/2023	Al 31/12/2023

Data Compilazione

Firma

PREMI:

PERSONALE IN SERVIZIO:

Estensione del PIANO BASE AL NUCLEO FAMILIARE:

- Premio pro capite per l'adesione dei componenti del Nucleo familiare: **€ 226,00**

Estensione del PIANO INTEGRATIVO per sé o per il NUCLEO:*

- Premio per l'adesione del solo soggetto assicurato alla polizza Base: **€ 2.316,00**
- Premio pro capite per l'adesione dei componenti del nucleo familiare: **€ 1.329,00**

PERSONALE IN QUIESCENZA:

Piano Base Quiescente:

- Premio per il solo avente diritto in quiescenza: **€ 1.774,00**

Estensione del PIANO BASE NUCLEO FAMILIARE QUIESCENTE:

- Premio pro capite per l'adesione dei componenti del Nucleo familiare: **€ 1.480,00**

Estensione del PIANO INTEGRATIVO per sé o per il NUCLEO:

- Premio per l'adesione del solo soggetto assicurato alla polizza Base: **€ 2.533,00**
- Premio pro capite per l'adesione dei componenti del nucleo familiare: **€ 1.313,00**

Il relativo premio totale dovrà essere versato tramite bonifico bancario:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE
IT16T0306961806100000000915
Presso INTESA SANPAOLO Filiale di Mogliano Veneto (TV)
Causale: nome Titolare copertura adesione EAP