



Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo

Sede legale: 20121 Milano Piazza Paolo Ferrari, 10
Sede operativa: 20151 Milano Via A. Cechov, 50/5
Codice Fiscale 97574030157

Al
**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL
GRUPPO INTESA SANPAOLO**
Via A. Cechov 50/5
20151 MILANO

MODULO PER L'ESCLUSIONE DAL FONDO DI UN FAMILIARE BENEFICIARIO

Io sottoscritto/a.....

Codice Fiscale

Recapito Telefonico -

Indirizzo e-mail

Residenza:

Città Prov. CAP

Iscritto: IN SERVIZIO IN ESODO IN QUIESCENZA

Con riguardo al sottoindicato familiare

COGNOME/NOME

data e luogo di nascita

grado di parentela:

DICHIARO, che per detto familiare a decorrere dal:/...../..... è venuta meno la qualifica di beneficiario in quanto

NON RISULTA PIU' CONVIVENTE
allego certificato anagrafico di stato di famiglia storico con indicata la data in cui è cessata la convivenza o, in alternativa, certificato anagrafico di stato di famiglia unitamente al certificato anagrafico di residenza storico relativo alla variazione della residenza del familiare o dell'iscritto, con indicata la data in cui è avvenuta detta variazione.

RISULTA LEGALMENTE SEPARATO
allego fotocopia della sentenza di separazione con relativa omologa

E' DECEDUTO
allego certificato anagrafico di morte

BENEFICIA DI ANALOGA COPERTURA
allego la documentazione attestante la copertura in essere e la relativa decorrenza

HA CONTRATTO MATRIMONIO / UNIONE CIVILE (L.20.05.2016 n. 76)
allego certificato di matrimonio valido agli effetti civili / certificato costituzione unione civile; tutti i certificati devono essere rilasciati dal Comune.

HA VARIATO IL CARICO FISCALE (non confermo l'estensione delle prestazioni)

NON E' STATO CONFERMATO ALL'ATTO DEL MIO PENSIONAMENTO (non confermo l'estensione delle prestazioni)



Preso atto che:

1. l'estensione delle prestazioni ai familiari è irrevocabile sino al venir meno della qualifica di familiari beneficiari ai sensi dell'art. 7, punto 2 dello statuto;
2. l'eventuale conguaglio contributivo viene effettuato con decorrenza ed effetti dal mese successivo all'intervenuta perdita dei requisiti a condizione che la relativa comunicazione al Fondo avvenga entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo al verificarsi della perdita dei requisiti;
3. la contribuzione eventualmente versata a partire dal mese successivo al verificarsi della perdita dei requisiti viene trattenuta dal Fondo qualora la relativa comunicazione non avvenga entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo al verificarsi della perdita dei requisiti;
4. l'obbligo della contribuzione, in caso di attivazione di un 'analoga copertura, viene meno a partire dal mese successivo alla richiesta di esclusione dalla copertura del familiare interessato.

Preso inoltre atto che:

1. la variazione del carico fiscale, ai sensi dell'art. 10, punto 5 dello statuto, ha efficacia dal 1° gennaio dell'anno in cui interviene;
2. il rimborso della contribuzione viene effettuato con decorrenza 1° gennaio dell'anno in cui si è verificata la variazione del carico fiscale, a condizione che la comunicazione al Fondo dell'esclusione del familiare avvenga entro il 30 aprile dell'anno successivo alla variazione del carico fiscale;
3. il rimborso della contribuzione viene effettuato con decorrenza 1° gennaio dell'anno di effettuazione della comunicazione al Fondo dell'esclusione del familiare interessato dalla variazione di carico fiscale, qualora detta comunicazione avvenga dopo il 30 aprile dell'anno successivo alla variazione del carico fiscale;

Preso altresì atto che:

1. non sono ammesse le autocertificazioni; gli eventuali documenti richiesti devono essere emessi dagli Enti/Società preposti;
2. il diritto alla fruizione delle prestazioni, ai sensi dell'art. 11, punto 4 dello statuto, viene meno dalla data della perdita della qualifica di familiare beneficiario. Le prestazioni eventualmente fruite successivamente a detta data, pertanto, devono essere rimborsate in toto al Fondo;
3. l'esclusione di un familiare beneficiario dal Fondo preclude la facoltà dell'iscritto di renderlo nuovamente beneficiario delle prestazioni pro-futuro, fatta eccezione per il venir meno dell'analoga copertura.

Chiedo pertanto l'esclusione dalle prestazioni del Fondo del familiare sopra indicato.

Io sottoscritta/o dichiara/o sotto la mia responsabilità che tutti i dati riportati nel presente modulo sono veritieri e mi impegno a segnalare tempestivamente al Fondo ogni ulteriore variazione del mio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali come previsto dall'art. 6 dello statuto.

data _____ firma iscritto _____