



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. 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;
2. 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 \_\_\_\_\_