

Al
**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL
GRUPPO INTESA SANPAOLO**
Piazza Affari 3
20123 MILANO

ACCETTAZIONE CONDIZIONI DI ISCRIZIONE TARDIVA DI UN FAMILIARE

Io sottoscritto/o _____

con riferimento alla richiesta di iscrizione **TARDIVA** riguardante il mio familiare
Sig./Sig.ra... e alla Vs comunicazione allegata contenente le condizioni di iscrizione ai
sensi dell'art.5 punto 10 del vigente Statuto del Fondo

DICHIARO

di aver preso visione e di accettare le condizioni di iscrizione e di autorizzare l'addebito delle relative
contribuzioni.

Prendo atto, in particolare, che le prestazioni potranno essere fruite a decorrere dalla data indicata nella Vostra
comunicazione, che allego alla presente debitamente sottoscritta per presa visione e accettazione.

Luogo, Data

Firma

.....

.....

Attenzione:

allegare a questo modulo la comunicazione ricevuta con il riepilogo delle condizioni di iscrizione e inviare al
Fondo entro e NON oltre 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, tramite la procedura on line, accedendo
all'Area Iscritto sul sito del Fondo, selezionando la richiesta di adesione del familiare interessato ed allegando un
unico file PDF unitamente a tutti i documenti già prodotti.

Nel caso in cui la richiesta di adesione del familiare sia stata inoltrata in modalità cartacea, spedire al Fondo tramite
raccomandata.

Il mancato invio del presente modulo di accettazione entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione delle
condizioni di iscrizione verrà considerato quale rifiuto, con conseguente mancata iscrizione del familiare.