

# FASI RAI

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i Dipendenti RAI

## **RICHIESTA DI ADESIONE PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE ALL'APPENDICE (Copertura Cure Dentarie) ALLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE SANITARIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

in qualità di socio di codesto Fondo chiede di aderire all'appendice n° \_\_\_\_\_ alla

polizza sanitaria n° \_\_\_\_\_ per l'intero nucleo familiare di seguito indicato sulla base di quanto previsto dalla polizza assicurativa in oggetto a decorrere dal 15/04/2010 e si impegna a non recedere dalla richiesta fino alla scadenza della polizza assicurativa su riferita salvo eventuali variazioni al nucleo familiare.

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Sesso

A tal fine dichiara espressamente che i dati sopraindicati sono riferiti alla posizione ed allo stato di convivenza, per i quali si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni, e che i familiari di cui sopra sono inclusi nel proprio stato di famiglia di cui allega relativo certificato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **RICHIESTA TRATTENUTA**

Spett. RAI Radiotelevisione Italiana o Società del Gruppo

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

Prega codesta rispettabile Direzione di voler trattenere sulla retribuzione, in rate mensili a decorrere dalla

mensilità di \_\_\_\_\_ l'importo annuo di € \_\_\_\_\_ relativo alla quota parte del premio assicurativo a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria integrativa per i propri familiari. Detto importo dovrà essere versato a nome del sottoscritto al Fondo secondo le modalità dallo stesso comunicato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_