





Il Sottoscritto si impegna formalmente e sotto la propria responsabilità a comunicare immediatamente a CASAGIT SALUTE l'eventuale **PERDITA SUCCESSIVA DEI REQUISITI** che costituiscono titolo per iscrizione dei suoi familiari. Dichiara inoltre di aver preso atto che l'**iscrizione decorre** dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda e, in caso di prima iscrizione, il diritto all'erogazione delle prestazioni decorre trascorsi **90 giorni** dalla data di iscrizione, se non diversamente indicato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata fornita da CASAGIT SALUTE ETS ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, **esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali dei familiari per i quali richiede assistenza**, ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente in materia.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto si impegna al **versamento del contributo** associativo relativo ai familiari iscritti per almeno un triennio, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione, con osservanza dei tempi e delle modalità previste dal Regolamento Applicativo Generale, salvo presenti la richiesta di recesso a conclusione del primo anno di copertura sanitaria, entro i termini indicati dalla Mutua.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

**LA DOMANDA NON CORREDATA DEI DOCUMENTI OBBLIGATORI DECADE DOPO 4 MESI DALLA PRESENTAZIONE DELLA STESSA SE NON OPPORTUNAMENTE INTEGRATA**

### PER IL CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO

- Certificato di matrimonio, o certificato di "stato di famiglia anagrafico" (Art. 4DPR 223 del 30/05/1989) di data non anteriore a tre mesi per il convivente more uxorio
- Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA del familiare

### PER I FIGLI ED EQUIPARATI

- Certificato di stato di famiglia e/o Certificazione comprovante il Grado di Parentela
- Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA del familiare
- (Eventuale) In presenza di elementi determinanti la permanentemente inabilità al lavoro, copia della certificazione, rilasciata dalle competenti commissioni sanitarie, comprovante l'inabilità totale al lavoro

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ASSISTITI

ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito, per brevità "Regolamento" o "RGPD")

Si può prendere visione dell'informativa della privacy all'indirizzo <https://www.casagitsalute.it/privacy>