

Spett. le
 CASPIE
 Via Ostiense, 131/L
 00154 ROMA

RICHIESTA DI ADESIONE

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome) _____ (telefono cellulare) _____ (e-mail) _____ (IBAN)

il quale alla data del _____, risulta appartenente alla categoria dei Pensionati della Marina Militare chiede di aderire alla sottoindicata assistenza sanitaria della CASPIE (barrare la casella d'interesse) a decorrere dal 01/03/2017:

Disciplinare 1	€ 252,00 annui per il dipendente € 492,00 annui in aggiunta alla quota del titolare per l'inserimento del nucleo familiare
Disciplinare 2	€ 420,00 annui per il dipendente € 900,00 annui in aggiunta alla quota del titolare per l'inserimento del nucleo familiare
Disciplinare 3	€ 732,00 annui per il dipendente € 1.440,00 annui in aggiunta alla quota del titolare per l'inserimento del nucleo familiare
Associato A.N.U.M.P.S.E.	I contributi sopra indicati sono ridotti di € 12,00

al fine di fruime con i familiari con lui di seguito elencati:

Cognome e Nome	Rapporto di parentela con il richiedente	Data di nascita	Luogo di nascita	Sesso (1)	Convivente (2)	Indirizzo completo				Codice fiscale	
						Via / Piazza	n.	CAP	Città		PR
1	TITOLARE	__/__/__			/						
2		__/__/__									
3		__/__/__									
4		__/__/__									
5		__/__/__									

Dichiaro espressamente che i dati sopra indicati risultano corrispondenti alla realtà. Pertanto, in caso di pagamento a mezzo addebito sepa, autorizzo la CASPIE ad addebitare sul c/c l'importo relativo al contributo assistenziale e dei relativi oneri bancari a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE secondo le modalità concordate.

Dichiaro altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e lo Stato Maggiore della Marina e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto nel Disciplinare di riferimento relativamente ai termini di presentazione della richiesta di rimborso. **Il sottoscritto/i dichiarano di aver letto l'informativa riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa. Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il/i sottoscritto/i esprime/ono il consenso anche nei confronti degli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nell'informativa (specialist, medici, compagnie di assicurazioni e loro società di servizi, nonché eventualmente, in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali o fiscali), per il trattamento dei dati personali e sensibili strettamente necessari allo svolgimento da parte della CASPIE delle attività di gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie.**

Data..... Firma del Titolare..... e dei familiari maggiorenni...../

- (1) Indicare "M" o "F" a seconda del sesso.
- (2) Indicare "SI" o "NO" a seconda che il familiare risulti o meno convivente.