



Fondo Integrativo Assistenza Malattia

MODULO DI ISCRIZIONE DEL DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a

MATRICOLA	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE		CODICE E DESCRIZIONE UFFICIO/FILIALE
RESIDENZA		
VIA	CAP	CITTA' PR.
IBAN DI ACCREDITO E ADDEBITO		
INDIRIZZO MAIL	CELLULARE	

CHIEDE di iscriversi al "**Fondo Integrativo Assistenza Malattia**" se stesso ed i seguenti familiari (compilare un foglio per ciascun familiare):

COGNOME E NOME del familiare	GRADO DI PARENTELA
LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

Ai fini della determinazione dell'eventuale contribuzione supplementare, il/la sottoscritto/a dichiara che il reddito del familiare sopra indicato (reddito assoggettabile all'IRPEF, al lordo degli oneri deducibili), percepito nell'anno precedente, rientra nella seguente fascia di reddito:

- | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | fino a | € 4.000,00 | | - nessuna addizionale |
| <input type="checkbox"/> | da | € 4.000,01 | a | € 7.800,00 Euro 3,00 mensili (36 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 7.800,01 | a | € 10.400,00 Euro 5,00 mensili (60 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 10.400,01 | a | € 13.000,00 Euro 10,00 mensili (120 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 13.000,01 | a | € 15.500,00 Euro 10,00 mensili (120 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 15.500,01 | a | € 18.100,00 Euro 15,00 mensili (180 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 18.100,01 | a | € 20.700,00 Euro 20,00 mensili (240 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 20.700,01 | a | € 25.900,00 Euro 25,00 mensili (300 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 25.900,01 | a | € 31.000,00 Euro 25,00 mensili (300 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 31.000,01 | a | € 37.000,00 Euro 30,00 mensili (360 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 37.000,01 | a | € 40.000,00 Euro 35,00 mensili (420 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 40.000,01 | a | € 50.000,00 Euro 45,00 mensili (540 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 50.000,01 | a | € 60.000,00 Euro 55,00 mensili (660 annui) |
| <input type="checkbox"/> | da | € 60.000,01 | a | € 80.000,00 Euro 65,00 mensili (780 annui) |
| <input type="checkbox"/> | oltre | € 80.000,00 | | Euro 80,00 mensili (960 annui) |

Si ricorda che per i figli che hanno compiuto 26 anni, l'addizionale minima è pari Euro 10,00 mensili (120 annui).

Con riferimento alle previsioni del vigente Regolamento, il nucleo familiare iscritto si inserisce quindi nella classe e alla medesima classe di appartenenza si farà riferimento per quanto attiene alla percentuale di contribuzione e i massimali delle prestazioni.

Autorizza pertanto il Fondo Integrativo Assistenza Malattia e l'Azienda del Gruppo Banco BPM a trattenere l'importo complessivo della contribuzione dovuta, secondo le modalità stabilite dal Regolamento tempo per tempo vigente.

Accetta inoltre le condizioni previste dallo Statuto e dal Regolamento e si impegna a comunicare tempestivamente e comunque non oltre 90 giorni, qualsiasi variazione anagrafica del proprio nucleo familiare.

.....
(firma)