



**MODULO DI ISCRIZIONE/CESSAZIONE DI UN FAMILIARE**

Il/La sottoscritto/a ..... matr.n. ....,  
iscritto/a a codesto Fondo, segnala la seguente variazione anagrafica, con decorrenza .....

**ISCRIZIONE DEL FAMILIARE**

**CESSAZIONE DEL FAMILIARE**

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

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

- fino a € 4.000,00 - nessuna addizionale
- da € 4.000,01 a € 7.800,00 Euro 3,00 mensili ( 36 annui)
- da € 7.800,01 a € 10.400,00 Euro 5,00 mensili ( 60 annui)
- da € 10.400,01 a € 13.000,00 Euro 10,00 mensili (120 annui)
- da € 13.000,01 a € 15.500,00 Euro 10,00 mensili (120 annui)
- da € 15.500,01 a € 18.100,00 Euro 15,00 mensili (180 annui)
- da € 18.100,01 a € 20.700,00 Euro 20,00 mensili (240 annui)
- da € 20.700,01 a € 25.900,00 Euro 25,00 mensili (300 annui)
- da € 25.900,01 a € 31.000,00 Euro 25,00 mensili (300 annui)
- da € 31.000,01 a € 37.000,00 Euro 30,00 mensili (360 annui)
- da € 37.000,01 a € 40.000,00 Euro 35,00 mensili (420 annui)
- da € 40.000,01 a € 50.000,00 Euro 45,00 mensili (540 annui)
- da € 50.000,01 a € 60.000,00 Euro 55,00 mensili (660 annui)
- da € 60.000,01 a € 80.000,00 Euro 65,00 mensili (780 annui)
- 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 a Euro 10,00 mensili (120 annui).

In base al del vigente Regolamento, il nucleo familiare iscritto passa quindi dalla classe ..... alla classe .....

Il/La sottoscritto/a autorizza pertanto il Fondo Integrativo Assistenza Malattia e l'Azienda del Gruppo Banco BPM a trattenere a decorrere dal mese di ..... la contribuzione complessiva dovuta secondo le modalità stabilite dal Regolamento tempo per tempo vigente.

.....  
(firma)

..... , .....