



**Modulo di adesione
al CLUB DELLA SALUTE**
Aderente al F.A.B.
Fondo Assistenza e Benessere
da inviare via fax allo 02.48.00.94.47
Per informazioni contattare il 02.91.98.33.11



Spett.le **CLUB DELLA SALUTE** 20123 Milano MI Via San Vincenzo 3
Spett.le **FONDO ASSISTENZA E BENESSERE** 10143 Torino TO Via Cibrario, 6

Il sottoscritto

Cognome e Nome _____
 Data di nascita ____|____|_____ Luogo di nascita _____ Pv ____ Sesso ____
 Residente in Cap _____ Città _____ Pv _____
 Via _____
 Tel. Abitazione _____ Cellulare _____
 Tel. Ufficio _____ Cellulare 2 _____
 e-mail _____ Fax _____
 Codice Fiscale |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|
 Professione _____

chiede di aderire al **CLUB DELLA SALUTE**, ai sensi del vigente Statuto, di poter partecipare alla vita associativa e di aderire per sé e il suo nucleo familiare al **Fondo Assistenza e Benessere** – Fondo Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale abbreviato FAB (di seguito definito anche Fondo) ai sensi dell'art. 6 del vigente Statuto al fine di fruire delle prestazioni rese dal Fondo.

COMUNICA al Fondo la seguente composizione del proprio Nucleo Familiare ai sensi dell'art. 5 dello Statuto del Fondo:

Cognome e Nome	M F	data di nascita	Codice Fiscale	Grado Parentela*

*Grado di parentela: **CO** → Coniuge; **CN** → Convivente more uxorio; **FI** → Figli;

Decorrenza dell'adesione ____|____|_____ Prima scadenza annualità ____|____|_____

L'adesione decorre dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese della data della firma e del pagamento se questo avviene entro il 20 del mese precedente.

La durata dell'adesione al piano sanitario è annuale.
 La garanzia decorre per gli infortuni dalla data di adesione, per le malattie dal **150° giorno successivo** e per le malattie dipendenti da gravidanza o parto invece dal **300° giorno successivo**.

_____ Luogo, data _____ firma del Richiedente



