

Spett.le
AON SPA
c.a. Lorena Ciampella
lorena.ciampella@aon.it
fax 02 45463443

**MODULO DI ADESIONE POLIZZA SANITARIA F.A.D. PERSONALE IN QUIESCENZA
PERIODO DI COPERTURA 01.01.2012 – 31.12.2012**

Il sottoscritto:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

Residente in:

VIA	N. CIVICO
CITTA'	CAP
TELEFONO	E-MAIL

Dichiara di voler aderire alla copertura sanitaria prevista a favore del personale in quiescenza FAD a decorrere dal 01.01.2012

- Premio per pensionato single **euro 788,00**
 Premio per pensionato + nucleo **euro 1.145,00**

Per nucleo familiare si intende il dipendente, il coniuge o convivente more uxorio e figli fiscalmente a carico dell'assicurato. Pertanto il nucleo è composto, oltre che dal sottoscritto da:

COGNOME E NOME	RAPPORTO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

- Chiede l'estensione della copertura assicurativa anche ai seguenti **figli conviventi non fiscalmente a carico: premio pro capite euro 368,00**

COGNOME E NOME	RAPPORTO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

Vi prega accreditare l'eventuale rimborso delle spese mediche sul mio c/c:

CIN	ABI	CAB	C/C	IBAN (27 caratteri)

Luogo e data

.....

Firma

.....