

**MODULO DI ADESIONE**  
**“copertura per Grandi Interventi Chirurgici**  
**per i familiari fiscalmente a carico ad adesione volontaria”**  
**Ina Assitalia n. 10000411580**

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola Enasarco \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

aderisce, con la firma della presente, per conto dei sotto indicati familiari, componenti il nucleo familiare, all'assicurazione per il rimborso delle spese sostenute per grande intervento chirurgico, di cui dichiara di aver preso visione e di conoscere le relative condizioni.

dichiara che la garanzia deve valere per i familiari, **fiscalmente a carico**, di cui al seguente elenco:

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Data nascita</b>	<b>Parentela</b>	<b>Premio</b>

**Premio totale nucleo** \_\_\_\_\_

Sottoscrivo la copertura integrativa per n. \_\_\_\_\_ componenti il nucleo familiare, versando l'importo di Euro \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Agente \_\_\_\_\_