

**Oggetto: Richiesta di adesione alla Polizza Sanitaria “GeneraSalute RSM” n. 450005341
contraente: FONDO SANITARIO INTEGRATIVO WELFLIFE**

Io sottoscritto/a _____
nato /a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ (_____) CAP _____ via _____
tel. _____ cell. _____
e-mail _____

Coniuge convivente *(se si vuole assicurare)*

Cognome _____ nome _____
nato /a _____ il _____
codice fiscale _____

DICHIARO di accettare la polizza sanitaria in oggetto come da “Condizioni normative” e Sintesi inviatemi;

CHIEDO di attivare la copertura assicurativa a decorrere dal _____

AUTORIZZO l’addebito del contributo, sulla base del Mandato SEPA a suo tempo inviatoVi;

DO’ ATTO che la suddetta autorizzazione è valida anche per gli anni futuri, salvo specifica rinuncia da inviare almeno 30 gg. prima della scadenza dell’annualità

DO’ ATTO altresì che l’importo del suddetto contributo verrà da Voi accreditato nei termini di Polizza al Fondo Sanitario Integrativo Welflife.

(luogo e data)

(firma del Socio)