

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che:

- quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.
- non vi sono altri soggetti che avrebbero titolo preferenziale per beneficiare della copertura da rischio morte per malattia del lavoratore.

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Firma:

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO

Stralcio dell'accordo sindacale del 29 aprile 2009:

"in considerazione delle finalità mutualistiche della copertura da rischio morte per malattia si identificano i beneficiari come segue:

- **Coniuge** (anche separato senza addebito, verso il quale il dipendente ha obblighi di mantenimento);

in assenza del coniuge:

- **Figli a carico**, ossia:

- o i figli di età inferiore a 18 anni;
- o i figli di età inferiore a 21 anni che frequentino una scuola media superiore, e non dispongano di redditi propri da dichiarare superiori ai limiti previsti dalla vigente normativa fiscale;
- o i figli di età inferiore ai 26 anni che frequentino l'Università, e non dispongano di redditi propri da dichiarare superiori ai limiti previsti dalla vigente normativa fiscale;
- o i figli senza alcun limite di età se invalidi al lavoro proficuo;

per figli si intendono anche:

- o figli naturali legalmente riconosciuti;
- o figli nati dal precedente matrimonio del coniuge;
- o persone legalmente affidate o adottate;

in assenza del coniuge e dei figli:

- **Genitori a carico** che non dispongano di redditi propri da dichiarare superiori ai limiti previsti dalla vigente normativa fiscale.

Soltanto in assenza dei suddetti beneficiari, il dipendente avrà la facoltà di designare al FASIE altri beneficiari.

Nel caso ciò non avvenga, l'importo resterà acquisito alla disponibilità del Fondo."

Documentazione da produrre

E' sempre necessario produrre:

- certificato di morte del lavoratore rilasciato dall'Ufficio di Stato di Civile del Comune di residenza del dipendente;
 - certificato di attestazione delle cause di morte rilasciato dal Servizio Sanitario territorialmente competente;
 - fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del soggetto richiedente;
 - stato di famiglia del defunto rilasciato dall'Ufficio Anagrafe del Comune di residenza del dipendente. Il documento deve comprendere anche il nominativo del defunto stesso e rispecchiare la composizione della famiglia all'atto del decesso. Questo per attestare che la richiesta è avanzata in assenza dei soggetti che avrebbero titolo preferenziale a beneficiare della copertura in questione;
 - provvedimento giudiziale rilasciato dal giudice tutelare, nel caso che il beneficiario sia un minore, che autorizza il tutore a richiedere la copertura del rischio morte causa malattia del lavoratore deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal tutore.
- Qualora richiedenti o beneficiari fossero più di due, compilare più schede.

Con la sottoscrizione del presente modulo, ciascun avente diritto **autorizza** il Fondo sanitario al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del D.Lgs. n.196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data Compilazione: / /