CASSA DI ASSISTENZA DEL GRUPPO BANCO POPOLARE

ATTIVI
MODULO di VARIAZIONE PIANO SANITARIO

DATI dell'ADERENTE

Società/Banca di appartenenza : _____ **Matricola :** _____ **Livello :** _____

Cognome : _____ Nome : _____

Codice Fiscale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Sesso : ☐ M ☐ F

Data di nascita : ___ / ___ / _____ Comune di nascita : _____ Prov.: ( )

Indirizzo di residenza: _____ CAP : _____

Comune di residenza: _____ Prov.: ( )

Consapevole che la scelta che segue ha caratteristiche di stabilità

CHIEDE DI VARIARE IL PIANO SANITARIO ADERENDO AL

(Barrare la sola casella che interessa)

☐ **Piano PLUS** il cui costo complessivo è di
- **710,00 Euro** per QD3 e QD4 (comprensivo del coniuge fiscalmente a carico, figli a carico fino a 34 anni conviventi e non)
- **370,00 Euro** per coniuge e figli non fiscalmente a carico, convivente more uxorio, figli ultra 35 ed altri familiari conviventi

☐ **Piano EXTRA** il cui costo complessivo è di
- **1.350,00 Euro** per QD3 e QD4 (comprensivo del coniuge fiscalmente a carico, figli a carico fino a 34 anni conviventi e non)
- **550,00 Euro** per coniuge e figli non fiscalmente a carico, convivente more uxorio, figli ultra 35 ed altri familiari conviventi

Luogo e Data _____, _____ / ___ / _____ Firma: _____