



Spett. le
CASPIE
Via Ostiense, 131/L corpo "D" – 6° piano
00154 ROMA



e p.c. Spett. le
Fondo Mutuasalus-Cramas
Via Sardegna, 129
00187 Roma (RM)

MODELLO "D" – ADESIONE "CURE DENTARIE" (da trasmettere entro e non oltre il 31.1.2019)

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome) _____ (telefono) _____ (e-mail)

Socio/a del Fondo Mutuasalus sms, in qualità di Socio della B.C.C. di Roma e della Cramas sms chiede di estendere le proprie garanzie di ASSISTENZA BASE al programma sanitario "Cure Dentarie" della CASPIE che ha inizio alle ore 00.00 del 01/01/2019 e termine alle ore 24.00 del 31/12/2019, con tacito rinnovo alla fine di ogni biennio successivo alla prima scadenza del 31/12/2019:

Disciplinare Assistenza "Cure Dentarie" – Socio della B.C.C. di Roma (1) OPZIONE (2) OPZIONE	CONTRIBUTO ASSOCIATIVO ANNUO PER OPZIONE (1): EURO 300,00 PRO-CAPITE CONTRIBUTO ASSOCIATIVO ANNUO PER OPZIONE (2): EURO 380,00 PRO-CAPITE
--	--

al fine di fruirla con i familiari con lui di seguito elencati:

Cognome e Nome	Rapporto di parentela con il richiedente	Data di nascita	Luogo di nascita	Sesso (1)	Familiare fisc. a carico (2)	Indirizzo completo					Codice fiscale
						Via / Piazza	n.	Cap	Città	PR	
1	TITOLARE	__/__/__			/						
2		__/__/__									
3		__/__/__									
4		__/__/__									
5		__/__/__									

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà e che i familiari di cui sopra sono compresi per intero (come da stato di famiglia). Pertanto si impegna a corrispondere l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE rilasciando al Fondo Mutuasalus / Cramas apposita autorizzazione di addebito del proprio conto corrente. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla CASPIE stessa secondo le modalità da questa comunicate.

Dichiara altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e il Fondo Mutuasalus - Sezione Cramas e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto nell' art. 4 del Disciplinare relativamente ai termini di fruizione delle prestazioni.

Il/i sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa e di aver rilasciato il I consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa all'atto della domanda di ammissione a Socio del Fondo Mutuasalus.

Data..... Firma del Titolare..... e dei familiari maggiorenni / /

- (1) Indicare "M" o "F" a seconda del sesso.
- (2) Indicare "SI" o "NO" a seconda che il familiare risulti o meno fiscalmente a carico.



Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ. il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere, approvare e accettare specificatamente le norme secondo le quali:

- Il Programma Sanitario ha durata biennale (con prima scadenza al 31 dicembre 2019) e tacito rinnovo, tranne nel caso in cui le parti contraenti *Caspie* e *Fondo* recedano dalla Convenzione entro 60 gg. dalla scadenza di ciascun anno assistenziale. L'Assistito, oltre alla facoltà di rescindere la copertura entro la fine di ciascun biennio (31/12/2019 per biennio con decorrenza 01/01/2018), ha facoltà di revoca entro la fine di ogni anno assistenziale in caso di variazioni normative e/o contributive o al verificarsi degli altri eventi di cui all'art. 7, lettera B del Disciplinare Base CASPIE – Anni 2018 / 2019 (mod. SDI2018FMSBCCROMA).
- Il Programma Sanitario decorre dalle ore 00:00 del 1 gennaio 2019 e scade alle ore 24:00 del 31 dicembre 2019, purché il Socio chiedi l'inserimento in garanzia entro e non oltre il 31.01.2019 e abbia effettuato il pagamento del contributo associativo annuo previsto.
- Il Programma Sanitario è riservato ai Soci della B.C.C. di ROMA e/o della CRAMAS ed ai componenti dei relativi nuclei familiari che non abbiano superato l'80° anno di età alla data di inserimento in garanzia.
- Per fruire dell'assistenza odontoiatrica è obbligatoria la preliminare adesione all'assistenza base di cui al Disciplinare CASPIE – Anni 2018 / 2019 (mod. SDI2018FMSBCCROMA).
- E' richiesta l'obbligatorietà di iscrivere l'intero nucleo familiare (per nucleo familiare del Socio si intende quello costituito dal coniuge, purché non legalmente separato; convivente more uxorio e figli del socio o del convivente risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico). E' richiesta l'esatta indicazione della situazione fiscale dei familiari al momento dell'adesione: l'errata indicazione della situazione fiscale può essere motivo di mancata liquidazione da parte della CASPIE.
- Il Programma Sanitario prevede due opzioni ciascuna delle quali garantisce cure dentarie ben definite, riportate nell'art. 4 del Disciplinare CASPIE "*Cure Dentarie*" – Anni 2018 / 2019 (mod. SDI2018FMSBCCROMA – OPZIONE CURE DENTARIE).
- Le prestazioni garantite dal Programma Sanitario vengono erogate esclusivamente in convenzione diretta con la CASPIE per il tramite delle Strutture Odontoiatriche appartenenti al suo Network.
- Il Programma Sanitario prevede la soluzione delle controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro attraverso arbitrato irrituale.
- Il Programma Sanitario è garantito da Convenzione stipulata con CASPIE che è l'unico soggetto obbligato alle prestazioni di cui al Disciplinare; pertanto, in caso di controversie, il Fondo, tramite la propria Sezione CRAMAS, metterà a disposizione dell'Assistito la Convenzione predetta affinché possa far valere i suoi diritti.

_____, li ____/____/_____

Firma dell'Assistito (leggibile)

Il/La sottoscritto/a, per il tramite della Mutua CRAMAS, Sezione del Fondo Mutuasalus s.m.s., autorizza l'addebito del contributo associativo annuo sul proprio conto corrente n° _____ intrattenuto presso l'Agenzia n° _____ della Banca di Credito Cooperativo di Roma.

L'addebito pari ad Euro _____, _____, sarà:

- ripartito in n. _____ ratei trimestrali anticipati grazie all'agevolazione concessa dalla BCC di ROMA. Tali ratei debbono avere una valuta comunque non superiore alla data del 31/12 dell'anno di copertura.
- in un'unica soluzione entro il 31/01 dell'anno di copertura.

Il contributo associativo annuo è differenziato in base al numero dei componenti del nucleo familiare del Socio secondo quanto stabilito e riportato nel Disciplinare CASPIE consegnato al Socio all'atto del rinnovo.

Nel caso in cui la BCC di ROMA non concedesse all'assistito l'agevolazione per il pagamento rateizzato del contributo associativo richiesto, l'addebito sarà effettuato in un'unica soluzione entro il 31/01.

In caso di mancato pagamento del contributo associativo da parte dell'iscritto, l'assistenza di cui al Programma Sanitario garantito da CASPIE non sarà erogata a norma dell'art. 8 dello statuto sociale del Fondo Mutuasalus s.m.s..

_____, li ____/____/_____

Firma dell'Assistito (leggibile)