

***F.A.S.I. RAI***  
***FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTERNA***  
***PER I DIPENDENTI DELLE SOCIETÀ DEL GRUPPO RAI***

Il C.d.A. del F.A.S.I. RAI ha ottenuto con la compagnia RBM Salute la possibilità di garantire anche per il nucleo familiare la copertura per le cure dentarie da malattia, così come meglio specificato all'art. 13 della polizza.

Tale possibilità sarà operativa, fino alla scadenza della polizza solo per coloro che ne faranno richiesta, al raggiungimento del 35% (circa 1600 teste) delle adesioni dei familiari. Il massimale di cui all'Art. 13 sarà elevato a €1.200 pro-nucleo a fronte dei seguenti premi annui aggiuntivi: €75 per 1 familiare, €130 per 2 familiari, €50 per ogni familiare in più.

La campagna di adesione terminerà il 29/02/2012 e nel caso di raggiungimento del numero minimo delle adesioni sarà operativa dal 15/04/2012 e il fondo né darà tempestiva comunicazione. Precisiamo che i dipendenti che aderiranno pagheranno in ratei mensili il premio annuale aggiuntivo e avranno a disposizione il massimale annuo.

In allegato alla presente il modulo di adesione che andrà compilato in ogni sua parte e dovrà pervenire all'ufficio F.A.S.I. RAI di Via Col di Lana, 8 – 00195 Roma entro e non oltre il 29/02/2012.

Roma 08 febbraio 2012

per il C.d.A. del F.A.S.I. RAI  
Il Presidente  
Bruno Fusco

**F.A.S.I. RAI**  
**FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTERNA**  
**PER I DIPENDENTI DELLE SOCIETÀ DEL GRUPPO RAI**

**RICHIESTA DI ADESIONE PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE**  
**alla Copertura Cure Dentarie da Malattia Art. 13 POLIZZA 31000273 RBM Salute**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

in qualità di socio di codesto Fondo chiede di aderire ai sensi dell'Art. 13 della polizza sanitaria RBM Salute n° 31000273 per l'intero nucleo familiare di seguito indicato sulla base di quanto previsto dalla polizza assicurativa su indicata a decorrere dal 15/04/2012 e si impegna a non recedere dalla richiesta fino alla scadenza della polizza assicurativa su riferita salvo eventuali variazioni al nucleo familiare.

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Sesso

A tal fine dichiara espressamente che i dati sopraindicati sono riferiti alla posizione ed allo stato di convivenza, per i quali si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni, e che i familiari di cui sopra sono inclusi nel proprio stato di famiglia di cui allega relativo certificato.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**RICHIESTA TRATTENUTA**

Spett. RAI Radiotelevisione Italiana o Società del Gruppo

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

Prega codesta rispettabile Direzione di voler trattenere sulla retribuzione, in rate mensili a decorrere dalla mensilità di \_\_\_\_\_ l'importo annuo di € \_\_\_\_\_ relativo alla quota parte del premio assicurativo a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria integrativa per i propri familiari. Detto importo dovrà essere versato a nome del sottoscritto al Fondo secondo le modalità dallo stesso comunicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_