

AUTOCERTIFICAZIONE ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Io sottoscritto/a _____

Nato a _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____

In qualità di iscritto/a al Fondo Ilva Assistenza Sanitaria Integrativa Dirigenti F.I.A.S.I.D. e in ottemperanza all'Art. 1910 C. C.

DICHIARO

1. Che non esistono altre coperture assicurative per assistenza sanitaria integrativa riconducibili al sottoscritto e/o ad altri componenti del mio nucleo familiare assistibile

2. Che esistono altre coperture assicurative per assistenza sanitaria integrativa riconducibili al:

Sottoscritto/a: SI NO Coniuge: SI NO Altro familiare: SI NO

Che sono le seguenti:

FASI

Altro Ente/Assicurazione

- Nominativo Ente/Assicurazione _____

- Tipologia polizza assicurativa: ⁽¹⁾ _____

Data, _____

Firma _____

(1) Se la polizza (o copertura equipollente) è riferita solamente a determinare prestazioni (es. solo ricoveri oppure ricoveri e visite specialistiche, ecc. ecc.), occorre specificarle.