

# 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: <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.