

## Domanda di ammissione al

## PACCHETTO-FAMILY



## Ansuchen um Beitritt zum

## FAMILY-PAKET

Per l'estensione facoltativa al nucleo familiare		Für die fakultative Erweiterung auf die Familiengemeinschaft			
SOCIO - MITGLIED MUTUAL HELP	lo sottoscritto/o Ich Unterfertigte/r				
	nata/o il geboren am	a in			provincia Provinz
	residenza (via) Wohnsitz (Straße)	n. Nr.	comune Gemeinde	provincia Provinz	
	codice fiscale Steuernummer	telefono Telefon	e-mail E-Mail		

- In qualità di dipendente dell'Azienda o fondo o SMS:

- Als Angestellter des Unternehmens oder Fonds oder WHG:

**(Datore di lavoro)****(Arbeitgeber)**

- **in qualità di SOCIO EFFETTIVO di Mutual Help SMS ETS** (di seguito per brevità Mutual Help) in forza della convenzione mutualistica sottoscritta dall'Azienda o Fondo o SMS e della domanda di adesione collettiva;
- ai sensi dell'art.6 del Regolamento del Fondo Sanitario Pluriaziendale di Mutual Help, e nel rispetto di tutte le altre norme sociali vigenti e i relativi allegati (visionabili e scaricabili dal sito web [www.mutualhelp.eu](http://www.mutualhelp.eu)) **che dichiaro** di conoscere ed accettare per averle già lette;

- **als EFFEKTIVES MITGLIED von Mutual Help WHG KDS** (im Folgenden kurz Mutual Help) Kraft der wechselseitigen Vereinbarung unterschriebenen vom Unternehmen oder Fonds oder WHG und des kollektiven Beitrittsgesuchs;
- in Übereinstimmung des Art.6 der Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds von Mutual Help und unter Einhaltung aller anderen gültigen Normen der Gesellschaft und der entsprechenden Anlagen (einsehbar und herunterladbar von der Website [www.mutualhelp.eu](http://www.mutualhelp.eu)), **welche ich erkläre**, erhalten, zu kennen und gelesen zu haben und vollinhaltlich zu akzeptieren;

**CHIEDO**

- l'estensione facoltativa della copertura

**ERSUCHE ICH**

- um die fakultative Erweiterung der Deckung

**PACCHETTO-FAMILY****FAMILY-PAKET**

ai propri familiari, come indicati nell'atto sostitutivo di notorietà, allegato alla presente domanda;

**MI IMPEGNO,**

- a pagare il contributo associativo annuo per tutta la durata della mia iscrizione come SOCIO EFFETTIVO.

A tal fine, consapevole che Mutual Help potrà comunque richiedere, a seconda del caso, dichiarazione dei redditi ed altro allo scopo di effettuare gli opportuni accertamenti e controlli,

**DICHIARO**

- di essere a conoscenza, e pertanto pienamente consapevole, che la legge punisce le dichiarazioni mendaci e in caso di false dichiarazioni ne conseguirà la decadenza dall'ammissione alla prestazione di Mutual Help ottenuta sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di autorizzare Mutual Help, destinatario della presente autocertificazione, a verificare i dati in essa contenuti rivolgendosi anche alle Amministrazioni competenti;
- di essere stato autorizzato, laddove necessario, a fornire i dati personali di terzi, riportati nell'apposita dichiarazione;

**E MI IMPEGNO**

- a comunicare ogni variazione che modifichi le condizioni di diritto dei familiari sopra indicati, consapevole che la mancata comunicazione può comportare l'esclusione del diritto ai sussidi;
- a restituire quanto avuto e non dovuto per variazioni delle condizioni di diritto.

Luogo e data / Ort und Datum:

Firma del dipendente / Unterschrift des Angestellten  
(SOCIO EFFETTIVO) / (EFFEKTIVES MITGLIED)

auf die eigenen Familienmitglieder, die in der beiliegenden Ersatzerklärung des Notariatsakts angeführt sind;

**VERPFLICHTE MICH,**

- den jährlichen Mitgliedsbeitrag für die gesamte Dauer meiner Einschreibung als EFFEKTIVES MITGLIED einzuzahlen.

Im Bewusstsein, dass Mutual Help gegebenenfalls Steuererklärungen und andere Erklärungen anfordern kann, um entsprechende Überprüfungen und Kontrollen durchführen,

**ERKLÄRE ICH,**

- dass ich mir bewusst bin, dass das Gesetz falsche Erklärungen unter Strafe stellt, und dass im Falle falscher Erklärungen, die auf der Grundlage der unwahren Erklärung erhaltene Leistung von Mutual Help, verfallen wird;
- dass ich Mutual Help als Adressaten dieser Ersatzerklärung ermächtige, die darin enthaltenen Daten zu überprüfen, auch mit Hilfe von zuständigen Behörden;
- dass ich ermächtigt bin, die in der Erklärung gegebenenfalls genannten personenbezogenen Daten von Dritten zu übermitteln;

**UND VERPFLICHTE MICH**

- jede Änderung mitzuteilen, die die Anspruchsvoraussetzungen der genannten Familienangehörigen verändert, im Bewusstsein, dass eine Unterlassung der Meldung den Ausschluss der Unterstützung zur Folge haben kann;
- die aufgrund der Änderung der Anspruchsvoraussetzungen unrechtmäßig erhaltenen Beträge zurückzuzahlen.

Si allega la dichiarazione sostitutiva all'atto di notorietà la quale fa parte integrante della presente dichiarazione.

In der Anlage die Ersatzerklärung des Notariatsakts, welche integrierenden Bestandteil vorliegender Erklärung ist.

