



Formulario Cassa malati per pensionati BSI

(per la conferma dei dati per l'adesione alle Casse malati convenzionate con la Banca)

- *Compilare il formulario ed inviarlo per posta a Marilena Staffieri – Amministrazione Risorse Umane, Via Peri 23, 6900 Lugano*
- *Il formulario debitamente timbrato e firmato dalle Risorse Umane vi sarà recapitato per posta;*
- *Con la consegna del presente formulario alla Cassa malati di competenza il pensionato, il coniuge/convivente e i figli a carico potranno usufruire degli sconti sulle coperture complementari del contratto collettivo.*

Sconto sulle complementari per il pensionato assicurato

Signor

Signora

NOP(Lasciare in bianco)

Cognome.....Cognome da nubile

NomeData di nascita

Indirizzo

Stato civile.....dal

Cassa malati: Avanex Helsana Intras (CSS) Sanitas ÖKK

BSI SA conferma la completezza e l'esattezza dei dati summenzionati

Luogo e data:.....

Timbro e firma datore di lavoro:



Formulario Cassa malati per pensionati BSI
(per la conferma dei dati per l'adesione alle Casse malati convenzionate con la Banca)

Cognome e nome del pensionato:

Sconto sulle complementari per il coniuge/convivente assicurato

Coniuge Convivente

Cognome Cognome da nubile

Nome Data di nascita

Se convivente produrre e consegnare alla Banca attestato/dichiarazione da parte del Comune di domicilio

Cassa malati: Avanex Helsana Intras (CSS) Sanitas ÖKK

BSI SA - Conferma la completezza e l'esattezza dei dati summenzionati

Luogo e data:

Timbro e Firma datore di lavoro:



Formulario Cassa malati per pensionati BSI

(per la conferma dei dati per l'adesione alle Casse malati convenzionate con la Banca)

Cognome e nome del pensionato:

N.B.: qualora i figli a carico dovessero essere assicurati presso casse diverse, va compilato un formulario separato per ogni Cassa malati

| Sconto sulle complementari per i figli assicurati (per figli a carico fino al 31.12 dell'anno in cui compiono i 25 anni) | | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Cognome..... | Data di nascita | | | |
| Nome..... | Sesso: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | |
| <u>Cassa malati:</u> | Avanex <input type="checkbox"/> | Helsana <input type="checkbox"/> | Intras (CSS) <input type="checkbox"/> | Sanitas <input type="checkbox"/> ÖKK <input type="checkbox"/> |
| Cognome..... | Data di nascita | | | |
| Nome..... | Sesso: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | |
| <u>Cassa malati:</u> | Avanex <input type="checkbox"/> | Helsana <input type="checkbox"/> | Intras (CSS) <input type="checkbox"/> | Sanitas <input type="checkbox"/> ÖKK <input type="checkbox"/> |
| Cognome..... | Data di nascita | | | |
| Nome..... | Sesso: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | |
| <u>Cassa malati:</u> | Avanex <input type="checkbox"/> | Helsana <input type="checkbox"/> | Intras (CSS) <input type="checkbox"/> | Sanitas <input type="checkbox"/> ÖKK <input type="checkbox"/> |
| Cognome..... | Data di nascita | | | |
| Nome..... | Sesso: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | |
| <u>Cassa malati:</u> | Avanex <input type="checkbox"/> | Helsana <input type="checkbox"/> | Intras (CSS) <input type="checkbox"/> | Sanitas <input type="checkbox"/> ÖKK <input type="checkbox"/> |

BSI SA conferma la completezza e l'esattezza dei dati summenzionati

Luogo e data:

Timbro e firma del datore di lavoro: