

AUTOCERTIFICAZIONE PER FAMILIARI A CARICO o CONVIVENTE MORE UXORIO - MAGGIORENNI

Come previsto da Regolamento a pag.2 al punto "Familiari a carico – Documenti", **la presente è parte integrante di ciascuna richiesta di rimborso** quale integrazione delle dichiarazioni fornite in sede di presentazione delle relative richieste. **Essa è riferita all'anno fiscale indicato e confermato dal Socio.**

Io sottoscritto..... in qualità di Socio/beneficiario della Cassa Mutua Trentina, **confermo che, secondo regolamento, tale dichiarazione è riferita all'anno fiscale 202 e sarà valida per l'anno convenzionale 01/08/202 - 31/07/202** (specificare anno e periodo) dichiaro inoltre che il soggetto a cui si riferisce la prestazione sanitaria da me presentata è:

- a) un mio familiare fiscalmente a carico (coniuge o figlio), così come rilevabile dalla documentazione fiscale fornita e da lui asserito al punto 1. DICHIARAZIONI;
- b) il mio convivente more uxorio che, inserito nel mio stato di famiglia, è a mio carico perché nell'anno d'imposta di riferimento non ha superato il limite di reddito annuale previsto, come da lui asserito al punto 2. DICHIARAZIONI;
- c) (solo se rientra nel caso) in qualità di ex dipendente "esodato", non potendo fornire dichiarazione fiscale che ne dimostri lo status a carico, dichiaro che il mio familiare o convivente more uxorio non dispone di proprio reddito.

Sono consapevole che Cassa Mutua potrà effettuare delle verifiche approfondite e delle conseguenze, in caso di dichiarazioni non veritiere; dichiaro inoltre che il mio familiare o convivente more uxorio è a conoscenza di quanto da me inviato e delle dichiarazioni da me fornite.

Firma Socio _____

DICHIARAZIONI

1. familiare (coniuge o figlio) fiscalmente a carico

Io Sottoscritto _____ familiare maggiorenne fiscalmente a carico, confermo le dichiarazioni qui rese dal mio familiare Socio/beneficiario (comprese quelle in calce *) e, dichiarando di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali, acconsento al trattamento dei miei dati personali, sia comuni che sensibili, da parte di Cassa Mutua, e alla loro comunicazione a Cooperazione Salute e Cooperazione Salute Trentino nei limiti indicati dall'informativa.

Data e firma familiare _____

2. convivente more uxorio a carico

Io Sottoscritto _____ convivente "more uxorio" dichiaro di essere fiscalmente **a carico per non aver superato nell'anno fiscale indicato il limite di reddito previsto**, confermo quanto dichiarato dal mio convivente Socio/beneficiario (comprese quelle in calce *) e, dichiarando di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali, acconsento al trattamento dei miei dati personali, sia comuni che sensibili, da parte di Cassa Mutua Trentina, e alla loro comunicazione a Cooperazione Salute Trentino nei limiti indicati dall'informativa.

Data e firma convivente more uxorio _____

(*) Dichiara che richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, sulla base di quanto previsto dalla propria copertura sanitaria. Allega **copie** delle **documentazioni di spesa** (fatture e/o notule di spesa valide ai fini fiscali), **copie** delle **prescrizioni mediche** (impegnativa del Medico di medicina generale/ certificato del Medico Specialista attestante il sospetto diagnostico), e **altra documentazione segnalata nell'elenco prestazioni**, della cui autenticità si assume la piena responsabilità.

Se il familiare a carico maggiorenne o il convivente more uxorio dispone di altre forme di copertura sanitaria privata, o risulta beneficiario di risarcimenti da parte di enti pubblici o privati, il sottoscritto si impegna a comunicare a Cassa Mutua l'importo degli eventuali rimborsi percepiti per lo stesso evento sanitario per cui presenta richiesta di rimborso. Dichiaro di aver preso visione dell'informativa a me resa ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali, e acconsento al trattamento dei miei dati sensibili, ovvero dei dati personali, anche sensibili, della persona a cui si riferisce la prestazione, da parte della Cassa Mutua, e alla loro comunicazione a Cooperazione Salute e Cooperazione Salute Trentino nei limiti indicati dall'informativa.