

Spett.le

Compass Banca S.p.A.

**Oggetto: polizza rimborso spese mediche Gruppo Mediobanca - Iscrizione familiari fiscalmente non a carico**

Il/la sottoscritto/a ....., matr. n....., dipendente della società ....., richiede per l'anno 2021/2022 l'inclusione in garanzia dei sottoelencati altri familiari fiscalmente non a carico, purché conviventi, e dichiara, sotto la propria responsabilità, pena decadenza della garanzia, di non avere altri familiari fiscalmente non a carico risultanti nel certificato di famiglia.

Cognome e Nome	Grado di parentela	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale

Con la presente, si autorizza la l'Amministrazione del personale di Gruppo a trattenere il premio annuale e ad effettuare il pagamento relativo.

In fede

.....

N.B. Indichiamo di seguito gli importi relativi al nuovo premio annuo:

- per n. 1 Fam. fisc. non a carico € 664,00 (di cui € 584,20 in capo al dipendente);
- per n. 2 Fam. fisc. non a carico € 875,00 (di cui € 770,00 in capo al dipendente);
- per n. 3 e oltre Fam. fisc. non a carico € 1.219,00 (di cui € 1.072,60 in capo al dipendente).