

ALLEGATO 3

Il/la Sottoscritto/a _____

C.F. _____ in qualità di Assicurato Metasalute

dichiara

di essere a conoscenza che il pagamento di una prestazione sociale è alternativo a quello delle prestazioni sanitarie e, che, pertanto, con il riconoscimento di una prestazione sociale, non sarà più possibile richiedere l'indennizzo – né in forma diretta, né a rimborso - per prestazioni sanitarie effettuate dal sottoscritto o dal proprio nucleo familiare nel corso dell'annualità cui la prestazione sociale si riferisce.

Consapevole di quanto sopra dichiarato, il sottoscritto

conferma

di volere richiedere la prestazione sociale di cui alla garanzia H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO relativa all'anno _____ e si impegna a non avanzare richieste di indennizzo per prestazioni sanitarie effettuate dal sottoscritto e dal proprio nucleo familiare per la medesima annualità cui la prestazione sociale si riferisce.

Data _____

Firma dell'Assicurato _____