

Spettabile
Le Assicurazioni di Roma
Mutua Assicuratrice Romana
Lungotevere Vittorio Gassman 22
00146 Roma
Email: coperturamalattia@adir.it

OGGETTO: Richiesta di inserimento componenti del Nucleo Familiare.

Io sottoscritto/a _____

Residente in _____ Via _____ Cap _____

con la presente, chiedo di inserire nelle coperture assicurative della polizza Sanitaria Collettiva n. 001.81.39175, i seguenti nominativi:

Nome:

Cognome:

Codice Fiscale:

Grado di Parentela: indicare se (coniuge, convivente more uxorio, figlio/a)

Indirizzo E-mail:

Sesso:

Luogo di Nascita:

Data di Nascita:

Indirizzo di Residenza:

Città di Residenza:

Provincia di Residenza:

CAP di Residenza:

Nome:

Cognome:

Codice Fiscale:

Grado di Parentela: indicare se (coniuge, convivente more uxorio, figlio/a)

Indirizzo E-mail:

Sesso:

Luogo di Nascita:

Data di Nascita:

Indirizzo di Residenza:

Città di Residenza:

Provincia di Residenza:

CAP di Residenza:

Nome:

Cognome:

Codice Fiscale:

Grado di Parentela: indicare se (coniuge, convivente more uxorio, figlio/a)

Indirizzo E-mail:

Sesso:

Luogo di Nascita:

Data di Nascita:

Indirizzo di Residenza:

Città di Residenza:

Provincia di Residenza:
CAP di Residenza:

Nome:
Cognome:
Codice Fiscale:
Grado di Parentela: indicare se (coniuge, convivente more uxorio, figlio/a)
Indirizzo E-mail:
Sesso:
Luogo di Nascita:
Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza:
Città di Residenza:
Provincia di Residenza:
CAP di Residenza:

Può contattarci ai numeri telefonici: 065878363, 065878402 o tramite email: rositano@adir.it, spagnuolo@adir.it.

La compagnia si riserva il diritto di effettuare eventuali controlli su quanto dichiarato e di richiedere eventualmente la relativa documentazione che dovrà essere inviata tramite email alla compagnia stessa entro e non oltre 2 giorni dall'avvenuta richiesta.

Allegati: Contabile di pagamento del premio¹ da effettuarsi all'IBAN IT68G0306912711025450950102 – con beneficiario Le Assicurazioni di Roma e causale inserimento nucleo con nome e cognome del dirigente di Roma Capitale.

Il Modello e l'allegato vanno trasmessi a mezzo e-mail ordinaria all'indirizzo coperturamalattia@adir.it, a far data dal 01/08/2026 ed entro il 31/08/2026.

¹ Il premio è pari ad €. 2.500,00 per i familiari di età superiore ai 26 anni (27-70 compiuti) e di €. 1.100,00 per i familiari di età compresa tra 0-26 anni compiuti.