

**POLIZZA SANITARIA - ANNO 2018 - MODULO DI ADESIONE**

Spett.le  
INTESA SANPAOLO GROUP SERVICES  
Direzione Centrale Personale e Organizzazione  
Ufficio Amministrazione del Personale  
Via Feltrina Sud, 250 – 31044 Montebelluna (TV)

Io sottoscritto/a..... Codice Fiscale.....

N. matricola..... dipendente di ..... dal .....

Nato/a a ..... il .....

Residente in: Via ..... Comune..... Provincia..... C.A.P.....

Presa visione delle modalità operative e del fascicolo informativo per l'anno 2018

**CHIEDO DI ADERIRE**

in qualità di dipendente rientrante nella categoria DIPENDENTI APPARTENENTI ALLE AREE PROFESSIONALI E AI QUADRI DIRETTIVI (ESCLUSI l c.d. "ASSUNTI EX ART. 3 ACCORDO VENETO BANCA 17/11/2010") al

pacchetto da € 720 euro

pacchetto aggiuntivo "CURE DENTARIE", di cui euro 150 a carico del dipendente

in qualità di dipendente rientrante nella categoria DIPENDENTI ASSUNTI SUCCESSIVAMENTE AL 17/11/2010 – c.d. "EX ART. 3 ACCORDO VENETO BANCA 17/11/2010" al pacchetto di seguito contrassegnato

da € 420, di cui euro 70 a carico dipendente

da € 440, di cui euro 90 a carico dipendente

da € 700, di cui euro 350 a carico dipendente

da € 720, di cui euro 370 a carico dipendente

aggiuntivo "CURE DENTARIE", di cui euro 150 a carico del dipendente

**DICHIARO**

sotto la mia responsabilità di conoscere ed accettare le condizioni della polizza e chiedo l'estensione della copertura assicurativa anche ai seguenti membri del mio nucleo familiare:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA*	FISCALMENTE A CARICO (SI/NO)

\* coniuge, convivente, figlio/a

Mi impegno, altresì, a rendere nota tempestivamente all'azienda ogni variazione alla presente comunicazione.

Autorizzo, inoltre, il mio datore di lavoro a trattenere a tempo debito dal mio cedolino stipendio l'importo relativo al contributo a mio carico relativo al premio delle coperture assicurative sopra prescelte sia a mio carico che a carico dei miei familiari.

Dichiaro di essere a conoscenza che per i nuclei familiari, ove sono presenti coniuge o figli non fiscalmente a carico, la polizza prevede unicamente le seguenti tre alternative: 1) non assicurare nessun familiare non fiscalmente a carico; 2) assicurare tutti i familiari non fiscalmente a carico con me conviventi; 3) assicurare il coniuge non fiscalmente a carico o tutti i figli non fiscalmente a carico.

Dichiaro che quanto sopra risponde alle condizioni di polizza e che sono consapevole che in caso di controlli da cui risulti la non veridicità delle mie dichiarazioni oltre a quanto previsto dalla normativa vigente, perderò il diritto a beneficiare del contributo a carico azienda per l'assistenza sanitaria.

Data .....

Firma .....

*Ricevuta l'informativa ai sensi del Dlgs 30.06.2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), "ACCONSENTO" al trattamento dei dati personali, anche sensibili, miei e dei miei familiari (sopra indicati) di cui ho la rappresentanza legale. Acconsento, altresì, alla comunicazione dei suddetti dati, ai soggetti (anche verso tutti i paesi esteri) coinvolti nel flusso operativo e precisamente Cassa di Assistenza, Società di Gestione, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore e broker assicurativo, che potranno trattarli per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco o di cui benefico, nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.*

Firma del dipendente e dei familiari maggiorenni

.....