

**POLIZZA SANITARIA - ANNO 2018 - MODULO VARIAZIONE**

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 ..... Matricola ..... Dipendente di .....

**CHIEDO**

**L'ISCRIZIONE DEI SEGUENTI FAMILIARI – decorrenza: .....**

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

\* coniuge, convivente, figlio/a

**LA CANCELLAZIONE DEI SEGUENTI FAMILIARI – decorrenza 01/01/2018**

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

\* coniuge, convivente, figlio/a

**LA VARIAZIONE DEI SEGUENTI CARICHI FISCALI – decorrenza 01/01/2018**

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

\* coniuge, figlio/a

**LA REVOCA DELLA MIA ISCRIZIONE ALLA POLIZZA SANITARIA, a decorrere dal 01/01/2018**

**L'ADESIONE AL PACCHETTO AGGIUNTIVO “CURE DENTARIE”, con decorrenza 01/01/2018**

**LA REVOCA DELL'ADESIONE AL PACCHETTO AGGIUNTIVO “CURE DENTARIE”, con decorrenza 01/01/2018**

Mi impegno, altresì, a rendere nota tempestivamente all'azienda ogni variazione rispetto a quanto indicato nella presente comunicazione.  
 Autorizzo 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 per ciascun anno di durata della polizza.

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 beneficio, 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

.....