

POLIZZA SANITARIA - ANNO 2018 - MODULO VARIAZIONE PACCHETTO

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.....

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”;
 presa visione delle modalità operative e del fascicolo informativo per l'anno 2018

CHIEDO

la variazione del pacchetto sottoscritto nel 2017 con il 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

.....