

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA



Sportello SANI.IN.VENETO

CONFARTIGIANATO IMPRESE MARCA TREVIGIANA SEDE PROVINCIALE

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale _____

(*)Nato/a _____ (*)il _____

(*)Residente in via _____ n. _____

(*)Comune di _____ (*)Cap _____ (*)Prov. _____

(*)Tel. _____ (*)Mail _____

In qualità di:

titolare, socio, collaboratore di azienda artigiana (costo di 105,00 €)

titolare di impresa non artigiana con dipendenti o soci o collaboratori a progetto (costo di 125,00 €)

collaborazione a progetto (costo di 125,00 €)

dell'azienda _____

Partita Iva _____ Con sede in _____ (*)Prov. _____

via _____ n. _____

Chiede di iscriversi a Sani In Azienda

In qualità di iscritto a San In Azienda

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci CHE I SEGUENTI FAMILIARI CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. (*)Coniuge: data matrimonio ___ / ___ / _____ (*)Convivente: inizio convivenza ___ / ___ / _____

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Fiscalmente a carico Sì No Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

2. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

3. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

4. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

5. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____
(*)Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(*)Nato a _____ il _____ Sesso: M F
(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

e allega alla presente distinta del bonifico disposto per il saldo delle quote sotto indicate effettuato al **conto corrente Banca Prossima intestato a Sani.In.Veneto, recante IBAN IT2210335901600100000145846.**

N. _____ quote annuali di iscrizioni di familiari conviventi da 90,00 euro ciascuna per un totale di euro € _____
Luogo, Data _____ Firma _____

I campi obbligatori per l'iscrizione sono contrassegnati da asterisco "(*)"

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa secondo le tutele Sani In Azienda (quote a persona): **titolari di impresa artigiana (con o senza dipendenti), soci e collaboratori al costo di 105 euro; titolari di impresa non artigiana con dipendenti, titolari di impresa non artigiana con soci o collaboratori a progetto al costo di 125 euro; collaboratori a progetto 125 euro; il coniuge o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa, figli minorenni, i minori affidati, i figli maggiorenni fiscalmente a carico sino ai 30 anni di età, i figli senza limiti di età che abbiano un grado di invalidità pari o superiore al 66% per un costo di 90 euro a persona.**

La scheda di iscrizione firmata con gli allegati previsti così come sotto specificati vanno inoltrati prontamente a iscrizioni@saninveneto.it e la tutela sarà attiva dal mese in cui il fondo avrà visibilità del pagamento, tenuto conto del periodo di carenza prevista. Non è necessaria la spedizione di alcun originale cartaceo. Nella causale del bonifico è necessario specificare nome, cognome, e codice fiscale del lavoratore richiedente.

Per rendere attivabile l'iscrizione richiesta è necessario allegare alla presente istanza nello specifico:

- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità e relativo codice fiscale;
- disposizione di pagamento effettuato;
- certificato di invalidità in caso di iscrizione di figli con invalidità pari o superiore al 66%;
- tutti i certificati devono essere in formato PDF.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ricevuto l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

A) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria Sani In Azienda a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical e RBM Assicurazione Salute Spa per le prestazioni assicurate e AON HEWITT Srl per le prestazioni autogestite e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.
B) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti dal Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività da parte del Fondo nei limiti delle competenze esercitate e specificate nell'informativa medesima.

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B
Data _____ Firma Richiedente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B
Data _____ Firma Coniuge/Convivente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B
Data _____ Firma Genitore per figli minorenni _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B
Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B
Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B
Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B
Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO, FIRMATO E COMPLETO DEGLI ALLEGATI PREVISTI

ALLA MAIL: saninveneto@confartigianatomarcatrevigiana.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA



Sportello SANI.IN.VENETO

CONFARTIGIANATO IMPRESE MARCA TREVIGIANA MANDAMENTO DI ASOLO-MONTEBELLUNA

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale _____

(*)Nato/a _____ (*)il _____

(*)Residente in via _____ n. _____

(*)Comune di _____ (*)Cap _____ (*)Prov. _____

(*)Tel. _____ (*)Mail _____

In qualità di:

titolare, socio, collaboratore di azienda artigiana (costo di 105,00 €)

titolare di impresa non artigiana con dipendenti o soci o collaboratori a progetto (costo di 125,00 €)

collaborazione a progetto (costo di 125,00 €)

dell'azienda _____

Partita Iva _____ Con sede in _____ (*)Prov. _____

via _____ n. _____

Chiede di iscriversi a Sani In Azienda

In qualità di iscritto a San In Azienda

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci CHE I SEGUENTI FAMILIARI CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. (*)Coniuge: data matrimonio ___ / ___ / _____ (*)Convivente: inizio convivenza ___ / ___ / _____

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Fiscalmente a carico Sì No Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

2. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

3. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

4. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

5. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____
(*)Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(*)Nato a _____ il _____ Sesso: M F
(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

e allega alla presente distinta del bonifico disposto per il saldo delle quote sotto indicate effettuato al **conto corrente Banca Prossima intestato a Sani.In.Veneto, recante IBAN IT2210335901600100000145846.**

N. _____ quote annuali di iscrizioni di familiari conviventi da 90,00 euro ciascuna per un totale di euro € _____
Luogo, Data _____ Firma _____

I campi obbligatori per l'iscrizione sono contrassegnati da asterisco "(*)"

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa secondo le tutele Sani In Azienda (quote a persona): **titolari di impresa artigiana (con o senza dipendenti), soci e collaboratori al costo di 105 euro; titolari di impresa non artigiana con dipendenti, titolari di impresa non artigiana con soci o collaboratori a progetto al costo di 125 euro; collaboratori a progetto 125 euro; il coniuge o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa, figli minorenni, i minori affidati, i figli maggiorenni fiscalmente a carico sino ai 30 anni di età, i figli senza limiti di età che abbiano un grado di invalidità pari o superiore al 66% per un costo di 90 euro a persona.**

La scheda di iscrizione firmata con gli allegati previsti così come sotto specificati vanno inoltrati prontamente a iscrizioni@saninveneto.it e la tutela sarà attiva dal mese in cui il fondo avrà visibilità del pagamento, tenuto conto del periodo di carenza prevista. Non è necessaria la spedizione di alcun originale cartaceo. Nella causale del bonifico è necessario specificare nome, cognome, e codice fiscale del lavoratore richiedente.

Per rendere attivabile l'iscrizione richiesta è necessario allegare alla presente istanza nello specifico:

- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità e relativo codice fiscale;
- disposizione di pagamento effettuato;
- certificato di invalidità in caso di iscrizione di figli con invalidità pari o superiore al 66%;
- tutti i certificati devono essere in formato PDF.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ricevuto l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

A) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria Sani In Azienda a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical e RBM Assicurazione Salute Spa per le prestazioni assicurate e AON HEWITT Srl per le prestazioni autogestite e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.
B) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti dal Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività da parte del Fondo nei limiti delle competenze esercitate e specificate nell'informativa medesima.

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Richiedente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Coniuge/Convivente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Genitore per figli minorenni _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO, FIRMATO E COMPLETO DEGLI ALLEGATI PREVISTI

ALLA MAIL: saninveneto@confartigianatomarcatrevigiana.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA



Sportello SANI.IN.VENETO

CONFARTIGIANATO IMPRESE MARCA TREVIGIANA MANDAMENTO DI CONEGLIANO

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale _____

(*)Nato/a _____ (*)il _____

(*)Residente in via _____ n. _____

(*)Comune di _____ (*)Cap _____ (*)Prov. _____

(*)Tel. _____ (*)Mail _____

In qualità di:

titolare, socio, collaboratore di azienda artigiana (costo di 105,00 €)

titolare di impresa non artigiana con dipendenti o soci o collaboratori a progetto (costo di 125,00 €)

collaborazione a progetto (costo di 125,00 €)

dell'azienda _____

Partita Iva _____ Con sede in _____ (*)Prov. _____

via _____ n. _____

Chiede di iscriversi a Sani In Azienda

In qualità di iscritto a San In Azienda

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci CHE I SEGUENTI FAMILIARI CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. (*)Coniuge: data matrimonio ___ / ___ / _____ (*)Convivente: inizio convivenza ___ / ___ / _____

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Fiscalmente a carico Sì No Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

2. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

3. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

4. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

5. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(*)Nato a _____ il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

e allega alla presente distinta del bonifico disposto per il saldo delle quote sotto indicate effettuato al conto corrente Banca Prossima intestato a Sani.In.Veneto, recante IBAN IT2210335901600100000145846.

N. _____ quote annuali di iscrizioni di familiari conviventi da 90,00 euro ciascuna per un totale di euro € _____

Luogo, Data _____ Firma _____

I campi obbligatori per l'iscrizione sono contrassegnati da asterisco "(*)"

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa secondo le tutele Sani In Azienda (quote a persona): titolari di impresa artigiana (con o senza dipendenti), soci e collaboratori al costo di 105 euro; titolari di impresa non artigiana con dipendenti, titolari di impresa non artigiana con soci o collaboratori a progetto al costo di 125 euro; collaboratori a progetto 125 euro; il coniuge o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa, figli minorenni, i minori affidati, i figli maggiorenni fiscalmente a carico sino ai 30 anni di età, i figli senza limiti di età che abbiano un grado di invalidità pari o superiore al 66% per un costo di 90 euro a persona.

La scheda di iscrizione firmata con gli allegati previsti così come sotto specificati vanno inoltrati prontamente a iscrizioni@saninveneto.it e la tutela sarà attiva dal mese in cui il fondo avrà visibilità del pagamento, tenuto conto del periodo di carenza prevista. Non è necessaria la spedizione di alcun originale cartaceo. Nella causale del bonifico è necessario specificare nome, cognome, e codice fiscale del lavoratore richiedente.

Per rendere attivabile l'iscrizione richiesta è necessario allegare alla presente istanza nello specifico:

- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità e relativo codice fiscale;
- disposizione di pagamento effettuato;
- certificato di invalidità in caso di iscrizione di figli con invalidità pari o superiore al 66%;
- tutti i certificati devono essere in formato PDF.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ricevuto l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

A) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria Sani In Azienda a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical e RBM Assicurazione Salute Spa per le prestazioni assicurate e AON HEWITT Srl per le prestazioni autogestite e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto. B) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti dal Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività da parte del Fondo nei limiti delle competenze esercitate e specificate nell'informativa medesima.

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Richiedente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Coniuge/Convivente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Genitore per figli minorenni _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO, FIRMATO E COMPLETO DEGLI ALLEGATI PREVISTI

ALLA MAIL: saninveneto@confartigianatomarcatrevigiana.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA



Sportello SANI.IN.VENETO

CONFARTIGIANATO IMPRESE MARCA TREVIGIANA MANDAMENTO DI ODERZO - MOTTA

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale _____

(*)Nato/a _____ (*)il _____

(*)Residente in via _____ n. _____

(*)Comune di _____ (*)Cap _____ (*)Prov. _____

(*)Tel. _____ (*)Mail _____

In qualità di:

titolare, socio, collaboratore di azienda artigiana (costo di 105,00 €)

titolare di impresa non artigiana con dipendenti o soci o collaboratori a progetto (costo di 125,00 €)

collaborazione a progetto (costo di 125,00 €)

dell'azienda _____

Partita Iva _____ Con sede in _____ (*)Prov. _____

via _____ n. _____

Chiede di iscriversi a Sani In Azienda

In qualità di iscritto a San In Azienda

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci CHE I SEGUENTI FAMILIARI CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. (*)Coniuge: data matrimonio ___/___/_____ (*)Convivente: inizio convivenza ___/___/_____

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Fiscalmente a carico Sì No Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

2. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

3. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

4. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

5. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

e allega alla presente distinta del bonifico disposto per il saldo delle quote sotto indicate effettuato al **conto corrente Banca Prossima intestato a Sani.In.Veneto, recante IBAN IT2210335901600100000145846.**

N. _____ quote annuali di iscrizioni di familiari conviventi da 90,00 euro ciascuna per un totale di euro € _____

Luogo, Data _____ Firma _____

I campi obbligatori per l'iscrizione sono contrassegnati da asterisco "(*)"

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa secondo le tutele Sani In Azienda (quote a persona): **titolari di impresa artigiana (con o senza dipendenti), soci e collaboratori al costo di 105 euro; titolari di impresa non artigiana con dipendenti, titolari di impresa non artigiana con soci o collaboratori a progetto al costo di 125 euro; collaboratori a progetto 125 euro; il coniuge o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa, figli minorenni, i minori affidati, i figli maggiorenni fiscalmente a carico sino ai 30 anni di età, i figli senza limiti di età che abbiano un grado di invalidità pari o superiore al 66% per un costo di 90 euro a persona.**

La scheda di iscrizione firmata con gli allegati previsti così come sotto specificati vanno inoltrati prontamente a iscrizioni@saninveneto.it e la tutela sarà attiva dal mese in cui il fondo avrà visibilità del pagamento, tenuto conto del periodo di carenza prevista. Non è necessaria la spedizione di alcun originale cartaceo. Nella causale del bonifico è necessario specificare nome, cognome, e codice fiscale del lavoratore richiedente.

Per rendere attivabile l'iscrizione richiesta è necessario allegare alla presente istanza nello specifico:

- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità e relativo codice fiscale;
- disposizione di pagamento effettuato;
- certificato di invalidità in caso di iscrizione di figli con invalidità pari o superiore al 66%;
- tutti i certificati devono essere in formato PDF.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto riceve l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

A) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria Sani In Azienda a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical e RBM Assicurazione Salute Spa per le prestazioni assicurate e AON HEWITT Srl per le prestazioni autogestite e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.

B) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti dal Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività da parte del Fondo nei limiti delle competenze esercitate e specificate nell'informativa medesima.

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Richiedente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Coniuge/Convivente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Genitore per figli minorenni _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO, FIRMATO E COMPLETO DEGLI ALLEGATI PREVISTI

ALLA MAIL: saninveneto@confartigianatomarcatrevigiana.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA



Sportello SANI.IN.VENETO

CONFARTIGIANATO IMPRESE MARCA TREVIGIANA MANDAMENTO DI VITTORIO VENETO

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale _____

(*)Nato/a _____ (*)il _____

(*)Residente in via _____ n. _____

(*)Comune di _____ (*)Cap _____ (*)Prov. _____

(*)Tel. _____ (*)Mail _____

In qualità di:

titolare, socio, collaboratore di azienda artigiana (costo di 105,00 €)

titolare di impresa non artigiana con dipendenti o soci o collaboratori a progetto (costo di 125,00 €)

collaborazione a progetto (costo di 125,00 €)

dell'azienda _____

Partita Iva _____ Con sede in _____ (*)Prov. _____

via _____ n. _____

Chiede di iscriversi a Sani In Azienda

In qualità di iscritto a San In Azienda

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci CHE I SEGUENTI FAMILIARI CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. (*)Coniuge: data matrimonio ___ / ___ / _____ (*)Convivente: inizio convivenza ___ / ___ / _____

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Fiscalmente a carico Sì No Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

2. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

3. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

4. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

5. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

e allega alla presente distinta del bonifico disposto per il saldo delle quote sotto indicate effettuato al **conto corrente Banca Prossima intestato a Sani.In.Veneto, recante IBAN IT2210335901600100000145846.**

N. _____ quote annuali di iscrizioni di familiari conviventi da 90,00 euro ciascuna per un totale di euro € _____

Luogo, Data _____ Firma _____

I campi obbligatori per l'iscrizione sono contrassegnati da asterisco "(*)"

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa secondo le tutele Sani In Azienda (quote a persona): **titolari di impresa artigiana (con o senza dipendenti), soci e collaboratori al costo di 105 euro; titolari di impresa non artigiana con dipendenti, titolari di impresa non artigiana con soci o collaboratori a progetto al costo di 125 euro; collaboratori a progetto 125 euro; il coniuge o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa, figli minorenni, i minori affidati, i figli maggiorenni fiscalmente a carico sino ai 30 anni di età, i figli senza limiti di età che abbiano un grado di invalidità pari o superiore al 66% per un costo di 90 euro a persona.**

La scheda di iscrizione firmata con gli allegati previsti così come sotto specificati vanno inoltrati prontamente a iscrizioni@saninveneto.it e la tutela sarà attiva dal mese in cui il fondo avrà visibilità del pagamento, tenuto conto del periodo di carenza prevista. Non è necessaria la spedizione di alcun originale cartaceo. Nella causale del bonifico è necessario specificare nome, cognome, e codice fiscale del lavoratore richiedente.

Per rendere attivabile l'iscrizione richiesta è necessario allegare alla presente istanza nello specifico:

- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità e relativo codice fiscale;
- disposizione di pagamento effettuato;
- certificato di invalidità in caso di iscrizione di figli con invalidità pari o superiore al 66%;
- tutti i certificati devono essere in formato PDF.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto riceve l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

A) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria Sani In Azienda a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical e RBM Assicurazione Salute Spa per le prestazioni assicurate e AON HEWITT Srl per le prestazioni autogestite e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.
B) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti dal Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività da parte del Fondo nei limiti delle competenze esercitate e specificate nell'informativa medesima.

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Richiedente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Coniuge/Convivente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Genitore per figli minorenni _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO, FIRMATO E COMPLETO DEGLI ALLEGATI PREVISTI

ALLA MAIL: saninveneto@confartigianatomarcatrevigiana.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA



Sportello SANI.IN.VENETO CONFARTIGIANATO IMPRESE MARCA TREVIGIANA MANDAMENTO DI CASTELFRANCO VENETO

(*)Cognome _____ (*)Nome _____
(*)Codice Fiscale _____
(*)Nato/a _____ (*)il _____
(*)Residente in via _____ n. _____
(*)Comune di _____ (*)Cap _____ (*)Prov. _____
(*)Tel. _____ (*)Mail _____

In qualità di:

- titolare, socio, collaboratore di azienda artigiana (costo di 105,00 €)
- titolare di impresa non artigiana con dipendenti o soci o collaboratori a progetto (costo di 125,00 €)
- collaborazione a progetto (costo di 125,00 €)

dell'azienda _____

Partita Iva _____ Con sede in _____ (*)Prov. _____

via _____ n. _____

- Chiede di iscriversi a Sani In Azienda In qualità di iscritto a San In Azienda

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci CHE I SEGUENTI FAMILIARI CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. (*)Coniuge: data matrimonio ___ / ___ / _____ (*)Convivente: inizio convivenza ___ / ___ / _____

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Fiscalmente a carico Sì No Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

2. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

3. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

4. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No

Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO, FIRMATO E COMPLETO DEGLI ALLEGATI PREVISTI

ALLA MAIL: saninveneto@confartigianatomarcatrevigiana.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA



Sportello **SANI.IN.VENETO** CONFARTIGIANATO IMPRESE MARCA TREVIGIANA MANDAMENTO DI TREVISO

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale _____

(*)Nato/a _____ (*)il _____

(*)Residente in via _____ n. _____

(*)Comune di _____ (*)Cap _____ (*)Prov. _____

(*)Tel. _____ (*)Mail _____

In qualità di:

titolare, socio, collaboratore di azienda artigiana (costo di 105,00 €)

titolare di impresa non artigiana con dipendenti o soci o collaboratori a progetto (costo di 125,00 €)

collaborazione a progetto (costo di 125,00 €)

dell'azienda _____

Partita Iva _____ Con sede in _____ (*)Prov. _____

via _____ n. _____

Chiede di iscriversi a Sani In Azienda

In qualità di iscritto a San In Azienda

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci CHE I SEGUENTI FAMILIARI CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. (*)Coniuge: data matrimonio ____ / ____ / ____ **(*)Convivente: inizio convivenza** ____ / ____ / ____

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Fiscalmente a carico SÌ No Richiede di iscrivere questo familiare SÌ No

2. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% SÌ No (*)Fiscalmente a carico SÌ No
Richiede di iscrivere questo familiare SÌ No

3. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% SÌ No (*)Fiscalmente a carico SÌ No
Richiede di iscrivere questo familiare SÌ No

4. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____

(*)Codice Fiscale

(*)Nato a _____ (*)il _____ Sesso: M F

(*)Invalidità pari o superiore al 66% SÌ No (*)Fiscalmente a carico SÌ No
Richiede di iscrivere questo familiare SÌ No

5. Figlio/figlia

(*)Cognome _____ (*)Nome _____
(*)Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(*)Nato a _____ il _____ Sesso: M F
(*)Invalidità pari o superiore al 66% Sì No (*)Fiscalmente a carico Sì No
Richiede di iscrivere questo familiare Sì No

e allega alla presente distinta del bonifico disposto per il saldo delle quote sotto indicate effettuato al **conto corrente Banca Prossima intestato a Sani.In.Veneto, recante IBAN IT2210335901600100000145846.**

N. _____ quote annuali di iscrizioni di familiari conviventi da 90,00 euro ciascuna per un totale di euro € _____
Luogo, Data _____ Firma _____

I campi obbligatori per l'iscrizione sono contrassegnati da asterisco "(*)"

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa secondo le tutele Sani In Azienda (quote a persona): **titolari di impresa artigiana (con o senza dipendenti), soci e collaboratori al costo di 105 euro; titolari di impresa non artigiana con dipendenti, titolari di impresa non artigiana con soci o collaboratori a progetto al costo di 125 euro; collaboratori a progetto 125 euro; il coniuge o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa, figli minorenni, i minori affidati, i figli maggiorenni fiscalmente a carico sino ai 30 anni di età, i figli senza limiti di età che abbiano un grado di invalidità pari o superiore al 66% per un costo di 90 euro a persona.**

La scheda di iscrizione firmata con gli allegati previsti così come sotto specificati vanno inoltrati prontamente a iscrizioni@saninveneto.it e la tutela sarà attiva dal mese in cui il fondo avrà visibilità del pagamento, tenuto conto del periodo di carenza prevista. Non è necessaria la spedizione di alcun originale cartaceo. Nella causale del bonifico è necessario specificare nome, cognome, e codice fiscale del lavoratore richiedente.

Per rendere attivabile l'iscrizione richiesta è necessario allegare alla presente istanza nello specifico:

- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità e relativo codice fiscale;
- disposizione di pagamento effettuato;
- certificato di invalidità in caso di iscrizione di figli con invalidità pari o superiore al 66%;
- tutti i certificati devono essere in formato PDF.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ricevuta l'informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

A) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria Sani In Azienda a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical e RBM Assicurazione Salute Spa per le prestazioni assicurate e AON HEWITT Srl per le prestazioni autogestite e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.
B) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti dal Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività da parte del Fondo nei limiti delle competenze esercitate e specificate nell'informativa medesima.

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Richiedente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Coniuge/Convivente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Genitore per figli minorenni _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO, FIRMATO E COMPLETO DEGLI ALLEGATI PREVISTI

ALLA MAIL: saninveneto@confartigianatomarcatrevigiana.it