

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 _____

Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (*) _____

Partita Iva _____

Con sede in via _____ n. _____ a _____ Prov. _____

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

6. 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 "(*)"

Si ricorda che il piano sanitario offerto da **Sani.In.Veneto** prevede che nel premio annuo pro capite del lavoratore principale pagato dall'azienda aderente siano già compresi in copertura anche il **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00).

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa e con contribuzione a carico del lavoratore di 90 euro a persona: **il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa e i figli di età superiore ai 2 anni 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%**. Si specifica che il Fondo Sani.In.Veneto e la Compagnia Assicurativa RBM Assicurazione Salute hanno facoltà di attuare controlli sistematici sulle dichiarazioni trasmesse, direttamente o tramite terzi incaricati, chiedendo la restituzione delle somme indebitamente liquidate ove si ravvisassero dichiarazioni inesatte o non veritiere.

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 di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità, fronte e retro 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 documenti devono essere inviati 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 Famiglia 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

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 _____

Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (*) _____

Partita Iva _____

Con sede in via _____ n. _____ a _____ Prov. _____

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

6. 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 "(*)"

Si ricorda che il piano sanitario offerto da **Sani.In.Veneto** prevede che nel premio annuo pro capite del lavoratore principale pagato dall'azienda aderente siano già compresi in copertura anche il **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00).

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa e con contribuzione a carico del lavoratore di 90 euro a persona: **il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa e i figli di età superiore ai 2 anni 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%**. Si specifica che il Fondo Sani.In.Veneto e la Compagnia Assicurativa RBM Assicurazione Salute hanno facoltà di attuare controlli sistematici sulle dichiarazioni trasmesse, direttamente o tramite terzi incaricati, chiedendo la restituzione delle somme indebitamente liquidate ove si ravvisassero dichiarazioni inesatte o non veritiere.

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 di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità, fronte e retro 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 documenti devono essere inviati 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 Famiglia 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

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 _____

Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (*) _____

Partita Iva _____

Con sede in via _____ n. _____ a _____ Prov. _____

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

6. 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 "(*)"

Si ricorda che il piano sanitario offerto da **Sani.In.Veneto** prevede che nel premio annuo pro capite del lavoratore principale pagato dall'azienda aderente siano già compresi in copertura anche il **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00).

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa e con contribuzione a carico del lavoratore di 90 euro a persona: **il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa e i figli di età superiore ai 2 anni 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%**. Si specifica che il Fondo Sani.In.Veneto e la Compagnia Assicurativa RBM Assicurazione Salute hanno facoltà di attuare controlli sistematici sulle dichiarazioni trasmesse, direttamente o tramite terzi incaricati, chiedendo la restituzione delle somme indebitamente liquidate ove si ravvisassero dichiarazioni inesatte o non veritiere.

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 di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità, fronte e retro 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 documenti devono essere inviati 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 Famiglia 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

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 _____

Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (*) _____

Partita Iva _____

Con sede in via _____ n. _____ a _____ Prov. _____

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

6. 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 "(*)"

Si ricorda che il piano sanitario offerto da **Sani.In.Veneto** prevede che nel premio annuo pro capite del lavoratore principale pagato dall'azienda aderente siano già compresi in copertura anche il **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00).

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa e con contribuzione a carico del lavoratore di 90 euro a persona: **il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa e i figli di età superiore ai 2 anni 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%**. Si specifica che il Fondo Sani.In.Veneto e la Compagnia Assicurativa RBM Assicurazione Salute hanno facoltà di attuare controlli sistematici sulle dichiarazioni trasmesse, direttamente o tramite terzi incaricati, chiedendo la restituzione delle somme indebitamente liquidate ove si ravvisassero dichiarazioni inesatte o non veritiere.

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 di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità, fronte e retro 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 documenti devono essere inviati 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 Famiglia 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

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 _____

Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (*) _____

Partita Iva _____

Con sede in via _____ n. _____ a _____ Prov. _____

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

6. 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 "(*)"

Si ricorda che il piano sanitario offerto da **Sani.In.Veneto** prevede che nel premio annuo pro capite del lavoratore principale pagato dall'azienda aderente siano già compresi in copertura anche il **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00).

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa e con contribuzione a carico del lavoratore di 90 euro a persona: **il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa e i figli di età superiore ai 2 anni 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%**. Si specifica che il Fondo Sani.In.Veneto e la Compagnia Assicurativa RBM Assicurazione Salute hanno facoltà di attuare controlli sistematici sulle dichiarazioni trasmesse, direttamente o tramite terzi incaricati, chiedendo la restituzione delle somme indebitamente liquidate ove si ravvisassero dichiarazioni inesatte o non veritiere.

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 di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità, fronte e retro 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 documenti devono essere inviati 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 Famiglia 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

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 _____

Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (*) _____

Partita Iva _____

Con sede in via _____ n. _____ a _____ Prov. _____

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

6. 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 "(*)"

Si ricorda che il piano sanitario offerto da **Sani.In.Veneto** prevede che nel premio annuo pro capite del lavoratore principale pagato dall'azienda aderente siano già compresi in copertura anche il **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00).

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa e con contribuzione a carico del lavoratore di 90 euro a persona: **il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa e i figli di età superiore ai 2 anni 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%**. Si specifica che il Fondo Sani.In.Veneto e la Compagnia Assicurativa RBM Assicurazione Salute hanno facoltà di attuare controlli sistematici sulle dichiarazioni trasmesse, direttamente o tramite terzi incaricati, chiedendo la restituzione delle somme indebitamente liquidate ove si ravvisassero dichiarazioni inesatte o non veritiere.

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 di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità, fronte e retro 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 documenti devono essere inviati 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 Famiglia 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

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 _____

Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (*) _____

Partita Iva _____

Con sede in via _____ n. _____ a _____ Prov. _____

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

6. 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 "(*)"

Si ricorda che il piano sanitario offerto da **Sani.In.Veneto** prevede che nel premio annuo pro capite del lavoratore principale pagato dall'azienda aderente siano già compresi in copertura anche il **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00).

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa e con contribuzione a carico del lavoratore di 90 euro a persona: **il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa e i figli di età superiore ai 2 anni 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%**. Si specifica che il Fondo Sani.In.Veneto e la Compagnia Assicurativa RBM Assicurazione Salute hanno facoltà di attuare controlli sistematici sulle dichiarazioni trasmesse, direttamente o tramite terzi incaricati, chiedendo la restituzione delle somme indebitamente liquidate ove si ravvisassero dichiarazioni inesatte o non veritiere.

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 di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità, fronte e retro 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 documenti devono essere inviati 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 Famiglia 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