

Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE AZIENDA

CODICE ISCRITTO PRINCIPALE

Il sottoscritto in qualità di "Assistito" al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il "Fondo"), **richiede la variazione dei dati di seguito riportati.**

Si ricorda che la variazione dei propri dati è obbligatoria a norma dell'art. 2.10 del Regolamento e che Il trattamento dei dati personali e particolari (es. relativi alla salute) raccolti con il presente modulo di variazione avverrà secondo le modalità e le finalità descritte all'interno dell'Informativa privacy fornita in fase di adesione e in virtù del consenso scritto rilasciato nella stessa sede.

Per ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali e particolari (es. relativi alla salute), nonché per ottenere chiarimenti per l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui alla normativa privacy vigente si prega di consultare l'informativa privacy ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) presente sul sito internet del Fondo www.postevitafondosalute.it.

CONIUGE / CONVIVENTE MORE UXORIO VARIAZIONE CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO*

COGNOME*..... NOME*

SESSO* M F NATO A*..... PROV.*..... STATO*.....

IL (GG/MM/AAAA)* CODICE FISCALE*

DATA CESSAZIONE DIVORZIO DECESSO ALTRO

FIGLIO/A 1 VARIAZIONE CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO*

COGNOME*..... NOME*

SESSO* M F NATO A*..... PROV.*..... STATO*.....

IL (GG/MM/AAAA)* CODICE FISCALE*

Indicare inoltre se:

è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante fino all'età indicata nel Piano Sanitario);

Ha una percentuale di inabilità almeno pari al 67%, accertata e certificata dalla documentazione allegata (Garanzia operante senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

DATA CESSAZIONE NON FISCALMENTE A CARICO DECESSO ALTRO

Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE AZIENDA

CODICE ISCRITTO PRINCIPALE

FIGLIO/A 1

VARIAZIONE CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO*

COGNOME* NOME*

SESSO* M F NATO A* PROV.* STATO*

IL (GG/MM/AAAA)* CODICE FISCALE*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante fino all'età indicata nel Piano Sanitario);
- Ha una percentuale di inabilità almeno pari al 67%, accertata e certificata dalla documentazione allegata (Garanzia operante senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

DATA CESSAZIONE NON FISCALMENTE A CARICO DECESSO ALTRO

FIGLIO/A 2

VARIAZIONE CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO*

COGNOME* NOME*

SESSO* M F NATO A* PROV.* STATO*

IL (GG/MM/AAAA)* CODICE FISCALE*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante fino all'età indicata nel Piano Sanitario);
- Ha una percentuale di inabilità almeno pari al 67%, accertata e certificata dalla documentazione allegata (Garanzia operante senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

DATA CESSAZIONE NON FISCALMENTE A CARICO DECESSO ALTRO

Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE AZIENDA

CODICE ISCRITTO PRINCIPALE

FIGLIO/A 3

VARIAZIONE CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO*

COGNOME* NOME*

SESSO* M F NATO A* PROV.* STATO*

IL (GG/MM/AAAA)* CODICE FISCALE*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante fino all'età indicata nel Piano Sanitario);
- Ha una percentuale di inabilità almeno pari al 67%, accertata e certificata dalla documentazione allegata (Garanzia operante senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

DATA CESSAZIONE NON FISCALMENTE A CARICO DECESSO ALTRO

FIGLIO/A 4

VARIAZIONE CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO*

COGNOME* NOME*

SESSO* M F NATO A* PROV.* STATO*

IL (GG/MM/AAAA)* CODICE FISCALE*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante fino all'età indicata nel Piano Sanitario);
- Ha una percentuale di inabilità almeno pari al 67%, accertata e certificata dalla documentazione allegata (Garanzia operante senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

DATA CESSAZIONE NON FISCALMENTE A CARICO DECESSO ALTRO

In aggiunta, l'Assistito, con la sottoscrizione del presente documento, dichiara:

- di accettare la richiesta di variazione dei dati, ivi incluse le eventuali richieste di cessazione dell'iscrizione con il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita;
- che i propri dati sono corrispondenti al vero;

Si allega copia dei documenti di identità in corso di validità di tutti i componenti del nucleo familiare interessati.

.....
DATA

.....
FIRMA ASSISTITO