MOD. VAR. D

Scheda di
VARIAZIONE ANAGRAFICA ASSISTITO (DIPENDENTE)

CODICE AZIENDA

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.

DATI AZIENDA

Da compilare in stampatello da parte dell'azienda (se non già precompilato); i dati indicati con * sono obbligatori

RAGIONE SOCIALE* .....

CATEGORIA DI APPARTENENZA DELL'ASSISTITO (ES. OPERAIO, IMPIEGATO, ...)*

.....

✔ .....
TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA

TIMBRO

Da compilare in stampatello da parte dell'assistito e consegnare all'amministrazione del personale della propria azienda che provvederà a:
- registrare le informazioni nel sito www.postevitafondosalute.it - area aziende;
- trasmetterlo in originale al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita c/o Poste Welfare Servizi Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma (RM).

I dati indicati con * sono obbligatori.

L'ASSISTITO

COGNOME*..... NOME* .....

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

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

RESIDENTE A:

STATO* ..... LOCALITÀ ..... PROV.*.....

C.A.P.* ..... INDIRIZZO* .....

TEL. ABITAZIONE ..... TEL. UFFICIO ..... CELLULARE .....

EMAIL*.....

CHIEDE LA VARIAZIONE DEI DATI DI SEGUITO RIPORTATI

MOD. VAR. D

Scheda di
VARIAZIONE ANAGRAFICA ASSISTITO (DIPENDENTE)

CODICE AZIENDA

DATI ASSISTITO

VARIAZIONE ☐ CESSAZIONE ☐

CODICE ADESIONE AL FONDO* .....

COGNOME*..... NOME* .....

DATA CESSAZIONE ☐ CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO ☐ ALTRO .....

VARIAZIONE

Compilare solo i campi che si vuole vengano variati, per errata registrazione al momento dell'iscrizione o variazione successiva

COGNOME*..... NOME* .....

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

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

RECAPITO RESIDENZA

Da compilare sempre

STATO* ..... LOCALITÀ ..... PROV.*.....

C.A.P.* ..... INDIRIZZO* .....

TEL. ABITAZIONE ..... TEL. UFFICIO ..... CELLULARE .....

EMAIL*.....

RECAPITO CORRISPONDENZA

Se diverso dalla residenza

STATO* ..... LOCALITÀ ..... PROV.*.....

C.A.P.* ..... INDIRIZZO* .....

COORDINATE BANCARIE: CODICE IBAN

Del proprio C/C su cui accreditare eventuali rimborsi

Riportare tutti i 27 caratteri del codice*