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 sensibili 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 sensibili, nonché per ottenere chiarimenti per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 (es. revoca del consenso ecc.), si prega di consultare l'informativa ex art. 13 D.Lgs.196/2003 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

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 2

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 3

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 4

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