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 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.

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* ..... LOCALITA'* ..... 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* ..... LOCALITA'* ..... PROV.* (.....)

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

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

EMAIL*.....

RECAPITO CORRISPONDENZA

Se diverso dalla residenza

STATO* ..... LOCALITA'* ..... 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* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |