

ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

NUCLEO FAMILIARE: SE RICHIESTA L'ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA, I DATI INDICATI CON * SONO OBBLIGATORI.

CODICE AZIENDA

NOME E COGNOME ISCRITTO PRINCIPALE

CODICE ISCRITTO PRINCIPALE

CONIUGE/CONVIVENTE MORE UXORIO

COGNOME* NOME*

CODICE FISCALE* SESSO* M F

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)* TIPOLOGIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*

ENTE DI RILASCIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*

NUMERO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*

DATA DI RILASCIO (GG/MM/AAAA)* DATA DI SCADENZA (GG/MM/AAAA)*

Attenzione: in caso di convivente more uxorio si dichiara che lo stato di convivenza è superiore a dodici mesi.
 Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) disponibile sul sito www.postevitafondosalute.it, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, **manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali "particolari" relativi alla salute come previsto dall' art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679.** Tali dati sono necessari per l'erogazione dei servizi e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, delle Compagnie Poste Vita S.p.A. (caso di polizze ramo Vita).e Poste Assicura S.p.A., (caso di polizze ramo Danni) in qualità di Titolari, nonché da Poste Welfare Servizi S.r.l. che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

✓
 FIRMA DEL CONIUGE/ CONVIVENTE MORE UXORIO PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI

FIGLIO/A 1

COGNOME* NOME*

M F
 CODICE FISCALE* SESSO* DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante no 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.**

Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) disponibile sul sito www.postevitafondosalute.it, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, **manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali "particolari" relativi alla salute come previsto dall' art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679.** Tali dati sono necessari per l'erogazione dei servizi e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, delle Compagnie Poste Vita S.p.A. (caso di polizze ramo Vita).e Poste Assicura S.p.A., (caso di polizze ramo Danni) in qualità di Titolari, nonché da Poste Welfare Servizi S.r.l. che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

✓
 FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI
 (SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)

ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

NUCLEO FAMILIARE: SE RICHIESTA L'ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA, I DATI INDICATI CON * SONO OBBLIGATORI.

CODICE AZIENDA

NOME E COGNOME ISCRITTO PRINCIPALE

CODICE ISCRITTO PRINCIPALE

FIGLIO/A 2

COGNOME* NOME*

M F

CODICE FISCALE*

SESSO*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante no 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.**

Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) disponibile sul sito www.postevitafondosalute.it, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, **manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali "particolari" relativi alla salute come previsto dall' art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679.** Tali dati sono necessari per l'erogazione dei servizi e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, delle Compagnie Poste Vita S.p.A. (caso di polizze ramo Vita).e Poste Assicura S.p.A., (caso di polizze ramo Danni) in qualità di Titolari ,nonché da Poste Welfare Servizi S.r.l. che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

✓ FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI (SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)

FIGLIO/A 3

COGNOME* NOME*

M F

CODICE FISCALE*

SESSO*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante no 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.**

Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) disponibile sul sito www.postevitafondosalute.it, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, **manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali "particolari" relativi alla salute come previsto dall' art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679.** Tali dati sono necessari per l'erogazione dei servizi e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, delle Compagnie Poste Vita S.p.A. (caso di polizze ramo Vita).e Poste Assicura S.p.A., (caso di polizze ramo Danni) in qualità di Titolari ,nonché da Poste Welfare Servizi S.r.l. che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

✓ FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI (SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)

FIGLIO/A 4

COGNOME* NOME*

M F

CODICE FISCALE*

SESSO*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante no 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.**

Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) disponibile sul sito www.postevitafondosalute.it, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, **manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali "particolari" relativi alla salute come previsto dall' art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679.** Tali dati sono necessari per l'erogazione dei servizi e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, delle Compagnie Poste Vita S.p.A. (caso di polizze ramo Vita).e Poste Assicura S.p.A., (caso di polizze ramo Danni) in qualità di Titolari ,nonché da Poste Welfare Servizi S.r.l. che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

✓ FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI (SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)

ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

NUCLEO FAMILIARE: SE RICHIESTA L'ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA, I DATI INDICATI CON * SONO OBBLIGATORI.

CODICE AZIENDA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME E COGNOME
ISCRITTO PRINCIPALE

CODICE
ISCRITTO PRINCIPALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole che il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita potrà in qualunque momento richiedere all'Assistito la certificazione di quanto indicato, il sottoscritto dichiara che:

- i figli su indicati sono fiscalmente a suo carico;
- i dati summenzionati sono corrispondenti al vero e si impegna a segnalare tempestivamente al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, tramite la sua Azienda, ogni variazione che dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato.

.....
DATA

✓

FIRMA ASSISTITO