

# Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

MOD. VAR. N

CODICE AZIENDA

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.**

## CONIUGE / CONVIVENTE MORE UXORIO

VARIAZIONE

CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO\* .....

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)\*

CESSAZIONE DATA CESSAZIONE   DIVORZIO  DECESSO  ALTRO

Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e delle Compagnie Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. che operano in qualità di Titolari del trattamento La invitiamo a consultare l'informativa privacy disponibile sul sito [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it).

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

## FIGLIO/A 1

VARIAZIONE

CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO\* .....

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

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

### Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (garanzia operante no al 26° anno di età);  
 è inabile al 67% (senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

CESSAZIONE DATA CESSAZIONE   NON FISCALMENTE A CARICO  DECESSO  ALTRO

Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e delle Compagnie Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. che operano in qualità di Titolari del trattamento La invitiamo a consultare l'informativa privacy disponibile sul sito [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it).

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

# Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

MOD. VAR. N

CODICE AZIENDA

ISCRITTO PRINCIPALE

FIGLIO/A 2

VARIAZIONE

CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO\* .....

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

CODICE FISCALE\*

M  F  
SESSO\*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)\*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (garanzia operante no al 26° anno di età);  
 è inabile al 67% (senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

CESSAZIONE DATA CESSAZIONE   NON FISCALMENTE A CARICO  DECESSO  ALTRO

Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e delle Compagnie Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. che operano in qualità di Titolari del trattamento La invitiamo a consultare l'informativa privacy disponibile sul sito [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it).

✓ .....  
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

VARIAZIONE

CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO\* .....

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

CODICE FISCALE\*

M  F  
SESSO\*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)\*

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (garanzia operante no al 26° anno di età);  
 è inabile al 67% (senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

CESSAZIONE DATA CESSAZIONE   NON FISCALMENTE A CARICO  DECESSO  ALTRO

Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e delle Compagnie Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. che operano in qualità di Titolari del trattamento La invitiamo a consultare l'informativa privacy disponibile sul sito [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it).

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

# Modulo di VARIAZIONE ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

MOD. VAR. N

CODICE AZIENDA

ISCRITTO PRINCIPALE

FIGLIO/A 4

VARIAZIONE

CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO\* .....

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

CODICE FISCALE\*

M  F  
SESSO\*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)\*

### Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (garanzia operante no al 26° anno di età);
- è inabile al 67% (senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

CESSAZIONE

DATA  
CESSAZIONE

NON FISCALMENTE  
A CARICO

DECESSO

ALTRO

Per informazioni circa il trattamento dei dati personali da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e delle Compagnie Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. che operano in qualità di Titolari del trattamento La invitiamo a consultare l'informativa privacy disponibile sul sito [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it).



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

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