MOD. VAR. D

Scheda di
VARIAZIONE ANAGRAFICA ASSISTITO (DIPENDENTE)

CODICE AZIENDA

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 S.r.l. Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma (RM)**

i dati indicati con * sono obbligatori

L'ASSISTITO

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

SESSO* M F NATO A*..... PROVINCIA*.....

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

TIPOLOGIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO* .....

ENTE DI RILASCIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO* .....

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

RESIDENTE A* ..... 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* .....

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*..... PROVINCIA*.....

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

TIPOLOGIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO* .....

ENTE DI RILASCIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO* .....

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

RESIDENTE A* ..... PROV.* ..... C.A.P.* .....

INDIRIZZO* .....

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

EMAIL*.....

RECAPITO CORRISPONDENZA

Se diverso dalla residenza

INDIRIZZO.....

CAP..... LOCALITÀ ..... PROVINCIA.....

COORDINATE BANCARIE: CODICE IBAN

Del proprio C/C su cui accreditare eventuali rimborsi

Riportare tutti i 27 caratteri del codice*

Per informazioni circa il trattamento dei Suoi 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, La invitiamo a consultare l'informativa privacy che Le è stata consegnata per conto dei Titolari del trattamento dal datore di lavoro e comunque disponibile sul sito ww.postevitafondosalute.it.

..... ✔ .....

DATA FIRMA ASSISTITO