

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.

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

FIGLIO/A 1

VARIAZIONE

CESSAZIONE

CODICE ADESIONE AL FONDO*

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 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.

.....
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.

✓
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.

✓
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.



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