

RICHIESTA DI PRESCRIZIONE ON-LINE SANI IN FAMIGLIA

(*) Cognome _____ (*) Nome _____
 (*) Codice Fiscale _____
 (*) Nato/a _____ (*) il _____
 (*) Residente in via _____ n. _____
 (*) Comune di _____ (*) Cap _____ (*) Prov. _____
 (*) Tel. _____ (*) Mail _____
 In qualità di iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (*) _____
 (*) Partita Iva _____
 (*) Con sede in _____ (*) Prov. ____ (*) via _____ (*) n. _____

DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci
 CHE I SEGUENTI FAMILIARI, PER I QUALI SI CHIEDE L'ISCRIZIONE, APPARTENGONO AL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

1. Coniuge

(*)Codice Fiscale:

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

(*) Cognome _____ (*)Nome _____
 (*) Nato a _____ (*) il _____ Sesso () M () F
 (*) Coniuge: data matrimonio ____ / ____ / ____ (*) Fiscalmente a carico () NO

2. Figlio/Figlia

(*)Codice Fiscale:

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

(*) Cognome _____ (*)Nome _____
 (*) Nato a _____ (*) il _____ Sesso () M () F
 (*) Fiscalmente a carico () SI () NO (*) Invalidità pari o superiore 66% () SI () NO

3. Figlio/Figlia

(*)Codice Fiscale:

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

(*) Cognome _____ (*)Nome _____
 (*) Nato a _____ (*) il _____ Sesso () M () F
 (*) Fiscalmente a carico () SI () NO (*) Invalidità pari o superiore 66% () SI () NO

4. Figlio/Figlia

(*)Codice Fiscale:

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

(*) Cognome _____ (*)Nome _____
 (*) Nato a _____ (*) il _____ Sesso () M () F
 (*) Fiscalmente a carico () SI () NO (*) Invalidità pari o superiore 66% () SI () NO

Dichiara di esser stato correttamente informato in merito ai Termini e Condizioni della tutela SANI IN FAMIGLIA, disponibili anche nel sito www.saninveneto.it e chiede allo sportello accreditato SANI.IN.VENETO:

(*) Sportello Associazione _____ (*)di _____ (_____)

di provvedere alla prescrizione on line, con invio alla mail indicata del link per il pagamento previsto n. _____ quote annuali familiari conviventi (90,00 euro) per un totale di euro _____.

Luogo, Data _____

Firma _____

I campi obbligatori per l'iscrizione sono contrassegnati da asterisco "(*)".

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ricevuto l' informativa ai sensi art. 13 del Regolamento UE 2016/679, avendone compreso il significato, in merito

- A) al trattamento dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e liquidazione della copertura sanitaria Sani In Famiglia a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical SpA per le prestazioni assicurate e AON HEWITT Srl per le prestazioni autogestite e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate per la fornitura del servizio richiesto.
- B) al trattamento dei miei dati personali e sensibili per lo svolgimento di attività di statistica per la migliore definizione dei servizi offerti dal Fondo e per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività da parte del Fondo nei limiti delle competenze esercitate e specificate nell' informativa medesima.

Do il consenso al punto A Nego il consenso al punto A Do il consenso per il punto B Nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma richiedente _____

Do il consenso al punto A Nego il consenso al punto A Do il consenso per il punto B Nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Coniuge/Convivente _____

Do il consenso al punto A Nego il consenso al punto A Do il consenso per il punto B Nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Genitore figli minorenni _____

Do il consenso al punto A Nego il consenso al punto A Do il consenso per il punto B Nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

Do il consenso al punto A Nego il consenso al punto A Do il consenso per il punto B Nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

Do il consenso al punto A Nego il consenso al punto A Do il consenso per il punto B Nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

ATTO DI DELEGA DELL'ISCRITTO (eventuale)

(in caso di delega allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ residente in via _____
 CAP _____ Città _____ CF _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____ residente in via _____
 CAP _____ Città _____ CF _____

a svolgere la seguente attività per proprio conto

a presentare fisicamente allo Sportello accreditato del Fondo Sani.In.Veneto presso

Associazione _____ di _____ ()

la domanda di preiscrizione da me sottoscritta il _____ per la tutela SANI IN FAMIGLIA.

Il delegante, autorizza il Fondo Sani.In.Veneto ad ottenere dal delegato le informazioni necessarie in sede di appuntamento per la presentazione della richiesta di preiscrizione liberando il Fondo medesimo da ogni responsabilità in ordine a tali comunicazioni.

Luogo e Data, _____

Firma Delegante _____