

DICHIARA INOLTRE DI:

Essere in una situazione di difficoltà legata alle recenti calamità naturali che hanno colpito la zona dove abita o dove abitualmente lavora e, per tale condizione, di aver partecipato a iniziative specifiche o richiesto direttamente contributi a sostegno situazione difficoltà legata al verificarsi eventi calamità naturali 2018 e/o di lavorare in una azienda che ha richiesto i seguenti contributi **legati alle avvenute calamità**, in particolare (barrare numero interessato):

1. contributi EBAV calamità naturali (A01 e D01) o contributi equivalenti a EDILCASSA (21A e 21) calamità naturali;
2. contributi FSBA tramite EBAV di sospensione legata a calamità naturali (richiamate nell'accordo sottoscritto);
3. contributi previsti dalle PARTI COSTITUENTI Fondo SANI.IN.VENETO;
4. partecipazione ad ulteriori iniziative di supporto organizzate da EBAV, SANI IN VENETO, EDILCASSA o delle PARTI SOCIALI dei suddetti enti;
5. altro ente pubblico (specificare): _____ ;
6. nessuna richiesta di contributo.

DATA _____

FIRMA RICHIEDENTE _____

Sono ammessi in copertura con adesione facoltativa secondo le tutele Sani In Azienda (quote a persona): **titolari di impresa artigiana (con o senza dipendenti), soci e collaboratori; titolari di impresa non artigiana con dipendenti, titolari di impresa non artigiana con soci o collaboratori a progetto; collaboratori; il coniuge o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa, figli minorenni, i minori affidati, i figli maggiorenni fiscalmente a carico sino ai 30 anni di età, i figli senza limiti di età che abbiano un grado di invalidità pari o superiore al 66% per un costo di 90 euro a persona.**

La scheda di iscrizione firmata con gli allegati previsti così come sotto specificati vanno inoltrati a iscrizioni@saninveneto.it entro il 30/06/2019 e la tutela sarà attivata per il periodo dal 01/01/2019 al 31/12/2019.

Non è necessaria la spedizione di alcun originale cartaceo.

Per rendere attivabile l'iscrizione si ricorda di allegare in FORMATO PDF alla presente scheda:

- Copia fronte/retro di un documento del sottoscrittore in corso di validità e relativo codice fiscale
- certificato di invalidità in caso di iscrizione di figli con invalidità pari o superiore al 66%

Non è necessaria la spedizione di alcun documento cartaceo

Si evidenzia che la modalità di erogazione seguirà la priorità delle fonti di finanziamento così come specificate nonché l'ordine di ricevimento delle domande all'interno delle tipologie. Viene ipotizzata l'attivazione di un unico soggetto a SANI IN FAMIGLIA o SANI IN AZIENDA per ogni dipendente o per ogni titolare dell'azienda richiedente, è facoltà del Fondo aumentare o diminuire questa previsione in base alle effettive richieste pervenute entro la data indicata o alle successive disponibilità deliberate dal Consiglio di Amministrazione del Fondo.

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 Azienda a cui aderisco ed ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, strutture sanitarie, medici professionisti, società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical e RBM Assicurazione Salute 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 per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Richiedente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Coniuge/Convivente _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Genitore per figli minorenni _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____

do il consenso per il punto A nego il consenso per il punto A do il consenso per il punto B nego il consenso per il punto B

Data _____ Firma Figlio/a maggiorenne _____