

# RICHIESTA DI ATTIVAZIONE FAMILIARI SANI IN FAMIGLIA INTERVENTO CALAMITÀ NATURALI



Sportello SANI.IN.VENETO \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

(\*)Cognome \_\_\_\_\_ (\*)Nome \_\_\_\_\_

(\*)Codice Fiscale \_\_\_\_\_

(\*)Nato/a \_\_\_\_\_ (\*)il \_\_\_\_\_

(\*)Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(\*)Comune di \_\_\_\_\_ (\*)Cap \_\_\_\_\_ (\*)Prov. \_\_\_\_\_

(\*)Tel. \_\_\_\_\_ (\*)Mail \_\_\_\_\_

Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto, lavoratore dipendente dell'azienda ADERENTE (\*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Partita Iva \_\_\_\_\_

(\*)Con sede in via \_\_\_\_\_ (\*)n. \_\_\_\_\_ (\*)a \_\_\_\_\_ (\*)Prov. \_\_\_\_\_

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 CONVIVENTI COSTITUISCONO IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

## CHIEDE DI USUFRUIRE DELL'ATTIVAZIONE GRATUITA CALAMITÀ NATURALI

1. (\*)Coniuge: data matrimonio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\*)Convivente: inizio convivenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(\*)Cognome \_\_\_\_\_ (\*)Nome \_\_\_\_\_

(\*)Codice Fiscale

(\*)Nato a \_\_\_\_\_ (\*)il \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

(\*)Fiscalmente a carico  Sì  No Richiede di iscrivere questo familiare  Sì  No

### 2. Figlio/figlia

(\*)Cognome \_\_\_\_\_ (\*)Nome \_\_\_\_\_

(\*)Codice Fiscale

(\*)Nato a \_\_\_\_\_ (\*)il \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

(\*)Invalidità pari o superiore al 66%  Sì  No (\*)Fiscalmente a carico  Sì  No

Richiede di iscrivere questo familiare  Sì  No

### 3. Figlio/figlia

(\*)Cognome \_\_\_\_\_ (\*)Nome \_\_\_\_\_

(\*)Codice Fiscale

(\*)Nato a \_\_\_\_\_ (\*)il \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

(\*)Invalidità pari o superiore al 66%  Sì  No (\*)Fiscalmente a carico  Sì  No

Richiede di iscrivere questo familiare  Sì  No

### 4. Figlio/figlia

(\*)Cognome \_\_\_\_\_ (\*)Nome \_\_\_\_\_

(\*)Codice Fiscale

(\*)Nato a \_\_\_\_\_ (\*)il \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

(\*)Invalidità pari o superiore al 66%  Sì  No (\*)Fiscalmente a carico  Sì  No

Richiede di iscrivere questo familiare  Sì  No

### 5. Figlio/figlia

(\*)Cognome \_\_\_\_\_ (\*)Nome \_\_\_\_\_

(\*)Codice Fiscale

(\*)Nato a \_\_\_\_\_ (\*)il \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

(\*)Invalidità pari o superiore al 66%  Sì  No (\*)Fiscalmente a carico  Sì  No

Richiede di iscrivere questo familiare  Sì  No

**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 \_\_\_\_\_

Si ricorda che il piano sanitario di Sani in Veneto pagato dall'azienda aderente per il lavoratore dipendente, prevede la copertura del **coniuge fiscalmente a carico ed i figli dal momento della nascita fino al compimento dei 2 (due) anni di età** (incluso il giorno del compleanno fino alle ore 24:00).

Sono ammessi in copertura di SANI IN FAMIGLIA quindi: **il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio fino ai 67 anni di età compresa e i figli di età superiore ai 2 anni 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%.**

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

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 riceve 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 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 \_\_\_\_\_