

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE FAMILIARI SANI IN FAMIGLIA INTERVENTO #MAICOSÌVICINI



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 #MAICOSÌVICINI

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 dipendente di una delle seguenti categorie di aziende colpite dall'emergenza Coronavirus, in particolare (barrare numero corrispondente):

1. azienda che ha attivato nel periodo feb-lug 2020 una sospensione attività totale o parziale per emergenze di tipo sanitario (casi di COVID19 tra i dipendenti/titolari o di isolamento fiduciario certificato di uno o più dipendenti)
2. azienda che ha attivato nel periodo feb-lug 2020 ammortizzatori sociali per i propri dipendenti per la difficoltà o iniziative similari a supporto previste dalle Parti Costituenti legate all'emergenza;
3. azienda che opera nei settori in cui nel periodo feb-lug 2020 è stata prevista obbligatoriamente la sospensione temporanea attività aziendale da parte dei decreti ministeriali legati all'emergenza coronavirus.

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 entro il **31/03/2020** e scadenze mensili successive fino al **31/07/2020**; si specifica che la tutela sarà attivata con validità dal **01/02/2020** al **31/01/2021**, senza applicazione di carenza contrattuale.

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

È prevista l'attivazione di una posizione individuale SANI IN FAMIGLIA tra quelle indicate per ogni dipendente iscritto al Fondo presso l'azienda interessata tra quelle indicate. È facoltà del Fondo aumentare o diminuire questa previsione in base alle effettive richieste pervenute nella scadenza di richiesta mensile, tenendo conto anche di successive ulteriori 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 _____