RICHIESTA DI ISCRIZIONE **SANI IN AZIENDA**

SANI.IN.VENETO

Sportello SANI.IN.VENETO CONFARTIGIANATO IMPRESE di ASOLOMONTEBELLUNA

(*)Cognome_____(*)Nome_____

(*)Codice Fiscale _____

(*)Nato/a_____(*)il_____

(*)Residente in via_____n._____

(*)Comune di_____(*)Cap_____(*)Prov._____

(*)Tel._____(*)Mail _____

In qualità di:

☐ titolare, socio, collaboratore di azienda artigiana (costo di 125,00 €)

☐ titolare di impresa non artigiana con dipendenti o soci o collaboratori a progetto (costo di 125,00 €)

☐ collaborazione a progetto (costo di 125,00 €)

(*)dell'azienda_____

Partita Iva_____(*)Con sede in_____(*)Prov. (*)via_

_____(*)n. _____

☐ Chiede di iscriversi a Sani In Azienda ☐ In qualità di iscritto a San In Azienda

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

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

e allega alla presente distinta del bonifico disposto per il saldo delle quote sotto indicate effettuato al **conto corrente Intesa San Paolo intestato a Sani.In.Veneto, recante IBAN IT75 E030 6909 6061 0000 0145 846.**

N._____quote annuali di iscrizioni di familiari conviventi da 90,00 euro ciascuna per un totale di euro €_____

Luogo, Data_____ Firma_____

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

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 al costo di 125 euro; titolari di impresa non artigiana con dipendenti, titolari di impresa non artigiana con soci o collaboratori a progetto al costo di 125 euro; collaboratori a progetto 125 euro; 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 prontamente a iscrizioni@saninveneto.it e la tutela sarà attiva dal mese in cui il fondo avrà visibilità del pagamento, tenuto conto del periodo di carenza prevista. Non è necessaria la spedizione di alcun originale cartaceo. Nella causale del bonifico è necessario specificare nome, cognome, e codice fiscale del lavoratore richiedente.

Per rendere attivabile l'iscrizione richiesta è necessario allegare alla presente istanza nello specifico:

- **copia fronte/retro di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità e relativo codice fiscale;**
- **disposizione di pagamento effettuato;**
- **certificato di invalidità in caso di iscrizione di figli con invalidità pari o superiore al 66%;**
- **tutti i certificati devono essere in formato PDF.**

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ricevuta 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 prestazione 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_____

☐ 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_____