

Scheda ANAGRAFICA ASSISTITO (DIPENDENTE)

MOD. ISCR. D

CODICE AZIENDA

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

DATI AZIENDA

Da compilare in stampatello da parte dell'azienda (se non già precompilato); i dati indicati con * sono obbligatori

RAGIONE SOCIALE*

CATEGORIA DI APPARTENENZA DELL'ASSISTITO (ES. OPERAIO, IMPIEGATO, ...)*

.....

✓

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA

TIMBRO

DATI ASSISTITO

Da compilare in stampatello da parte dell'assistito e consegnare all'amministrazione del personale della propria azienda che provvederà:

- a registrare le informazioni nel sito www.postevitafondosalute.it - area aziende

- a custodire gli originali presso i propri uffici e, a seguito di espressa richiesta del Fondo, ad inviarli a:

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita - c/o Poste Welfare Servizi S.r.l. - Viale Europa, 175 - 00144 Roma (RM) I dati indicati con * sono obbligatori

COGNOME* NOME*

SESSO* ☐ M ☐ F NATOA* PROVINCIA.....

IL (GG/MM/AAAA)*

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

 CODICE FISCALE*

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

TIPOLOGIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*

ENTE DI RILASCIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO*

DATA DI RILASCIO (GG/MM/AAAA)*

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

 DATA DI SCADENZA (GG/MM/AAAA)*

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

RESIDENTE A* PROV.* C.A.P.*

INDIRIZZO*

TEL. ABITAZIONE TEL. UFFICIO CELLULARE

EMAIL*

RECAPITO CORRISPONDENZA

Se diverso dalla residenza

INDIRIZZO.....

CAP..... LOCALITÀ..... PROVINCIA.....

COORDINATE BANCARIE: CODICE IBAN

Del proprio C/C su cui accreditare eventuali rimborsi

Riportare tutti i 27
caratteri del codice*

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

Scheda

ANAGRAFICA ASSISTITO (DIPENDENTE)

MOD. ISCR. D

CODICE AZIENDA

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

Il sottoscritto (di seguito l'“Assistito”), come in precedenza identificato, apponendo la sua firma nell'apposito spazio sottostante, dichiara di aver preso visione e di accettare il Regolamento, lo Statuto e i Piani Sanitari del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il “Fondo”), interamente disponibili presso l'Azienda nonché sul sito internet del Fondo www.postevitafondosalute.it. L'assistito dichiara di essere a conoscenza che le prestazioni oggetto del Piano Sanitario prescelto saranno erogate da parte delle compagnie assicurative Poste Vita S.p.A. e Posta Assicura S.p.A. relativamente ai rischi dalle stesse garantiti, in conformità a quanto indicato nelle relative condizioni di assicurazione disponibili presso l'Azienda nonché sul sito internet del Fondo www.postevitafondosalute.it. Maggiori informazioni relative alle prestazioni, nonché alle modalità mediante le quali richiedere l'erogazione delle medesime, sono disponibili nel Piano Sanitario prescelto e/o nella summenzionata documentazione del Fondo.

.....
DATA



.....
FIRMA ASSISTITO

Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali che mi è stata consegnata per conto dei Titolari del trattamento dal datore di lavoro ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e comunque disponibile sul sito www.postevitafondosalute.it apponendo la mia firma nello spazio sottostante, **manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali “particolari” relativi alla salute come previsto dall'art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679**. Tali dati sono necessari per l'erogazione dei servizi e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, delle Compagnie Poste Vita S.p.A. (caso di polizze ramo Vita) e Poste Assicura S.p.A., (caso di polizze ramo Danni) in qualità di Titolari, nonché da Poste Welfare Servizi S.r.l. che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

.....
DATA



.....
FIRMA ASSISTITO