

Scheda di VARIAZIONE ANAGRAFICA ASSISTITO (DIPENDENTE)

MOD. VAR. 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

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
- trasmetterlo in originale al 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

L'ASSISTITO

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*

CHIEDE LA VARIAZIONE DEI DATI DI SEGUITO RIPORTATI

DATI ASSISTITO

[illegible]

CESSAZIONE ☐

CODICE ADESIONE AL FONDO*

COGNOME* NOME*

CESSAZIONE

CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO

ALTRO

VARIAZIONE

Compilare solo i campi che si vuole vengano variati, per errata registrazione
al momento dell'iscrizione o variazione successiva

COGNOME* _____ NOME* _____

SESSO* ☐ M ☐ F NATOA*..... PROVINCIA*.....

[illegible]

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 accredicare eventuali rimborsi

Riportare tutti i 27 caratteri del codice*

Per informazioni circa il trattamento dei Suoi dati personali da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e delle Compagnie Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. che operano in qualità di Titolari, La invitiamo a consultare l'informativa privacy che Le è stata consegnata per conto dei Titolari del trattamento dal datore di lavoro e comunque disponibile sul sito www.postevitafondosalute.it.

DATA

FIRMA ASSISTITO