

# RICHIESTA DI ISCRIZIONE SANI IN AZIENDA



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

(\*)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 105,00 €)

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 105 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 ricevuto 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 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_