MODULO REISCRIZIONE NUCLEO FAMILIARE
AL FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA FASIIL

FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI

Compilare il modulo solo se, a seguito di precedente rinuncia, si vuole reiscrivere il proprio nucleo familiare (art. 10 del regolamento)

DATI ANAGRAFICI

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

Residente in.....CAP .....

Comune..... Prov. ..... Stato.....

Recapito telefonico (abitazione) ..... (ufficio) .....

Cellulare ..... Fax .....

INDIRIZZO E-MAIL

a cui saranno inviate le credenziali indispensabili per accedere alla propria all'Area Riservata su www.fasiil.it

.....

COORDINATE BANCARIE:

codice IBAN (27 caratteri - rivelabili dall'estratto di conto corrente)
*Obbligatorio compilare tutte le caselle con il codice IBAN

SCELTA DEL PIANO SANITARIO (*)

BASE ☐ **PLUS** ☐

NB: I familiari sono tenuti ad adottare il medesimo piano del lavoratore titolare, con il contestuale versamento dei relativi contributi dovuti (Regolamento, art. 4 comma 4).

Qualora sia stata precedentemente formalizzata la rinuncia volontaria all'iscrizione del nucleo familiare è ammessa la facoltà di reiscrizione al Fondo, fermo restando il vincolo di permanenza minimo di 24 mesi. In tale ipotesi, l'obbligo contributivo in capo al lavoratore decorre dal mese in cui si perfeziona la reiscrizione; il diritto all'erogazione delle prestazioni del Fondo decorre trascorsi 6 mesi dalla data della suddetta reiscrizione (Regolamento, art. 10 comma 1)

(*) Per i dettagli dei piani sanitari si rinvia al Nomenclatore Tariffario su www.fasiil.it

Data..... **Firma del dipendente iscritto principale** .....

Timbro e firma dell'impresa .....

Per qualsiasi informazione è a disposizione il **CONTACT CENTER**, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30, al numero **051 3542041**

MODULO REISCRIZIONE NUCLEO FAMILIARE
AL FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA FASIIL

FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI

CONIUGE/CONVIVENTE

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

DA FIRMARE SEMPRE

Consenso al trattamento dati del coniuge/convivente - Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, con la mia firma manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte di FASIIL, nella sua qualità di titolare del Trattamento con le modalità e nei limiti della sopra richiamata informativa, obbligando l'Azienda alla riservatezza e allo non divulgazione degli stessi.

Firma del coniuge/convivente

.....

DA FIRMARE SOLO IN CASO DI ISCRIZIONE DEL CONVIVENTE (COPPIA DI FATTO)

Autocertificazione di convivenza - Io sottoscritto dichiaro di convivere da almeno un anno, al momento dell'iscrizione al Fondo, con ....., attestandone la comunanza di residenza o di domicilio, consapevole che, in caso di dichiarazione inesatta o mendace, incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Firma del dipendente iscritto principale

.....

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO (*)

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

NB: L'iscrizione è possibile solo per i figli fiscalmente a carico appartenenti al nucleo familiare e inclusi nello stato di famiglia del dipendente iscritto (art. 3, Regolamento del Fondo).

DA FIRMARE SEMPRE

Consenso al trattamento dati del figlio - Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, con la mia firma manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte di FASIIL, nella sua qualità di Titolare del trattamento con le modalità e nei limiti della sopra richiamata informativa, obbligando l'Azienda alla riservatezza e allo non divulgazione degli stessi.

Firma del figlio (se minore quella di chi esercita la patria potestà)

.....

Autocertificazione della condizione del reddito del figlio fiscalmente a carico - Io sottoscritto dichiaro che mio figlio ..... non percepisce alcun reddito, è fiscalmente a carico del nucleo familiare ed incluso nel mio stato di famiglia consapevole che, in caso di dichiarazione inesatta o mendace, incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Firma del dipendente iscritto principale

.....

Mi impegno a segnalare tempestivamente a FASIIL, per il tramite dell'Azienda, i mutamenti intervenuti rispetto alla situazione sopra autocertificata, consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Data ..... **Firma del dipendente iscritto principale** .....

Si ricorda che, a norma di Regolamento, FASIIL si riserva la facoltà di richiedere al dipendente documentazione idonea alla verifica delle condizioni di iscrivibilità.

(*) MODULI NECESSARI E REPLICABILI IN CASO DI PIÙ FIGLI DA REISCRIVERE

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

DA FIRMARE SEMPRE

Consenso al trattamento dati del figlio - Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, con la mia firma manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte di FASIIL, nella sua qualità di titolare del trattamento con le modalità e nei limiti della sopra richiamata informativa, obbligando l'Azienda alla riservatezza e allo non divulgazione degli stessi.

Firma del figlio (se minore quella di chi esercita la patria potestà)

.....

Autocertificazione della condizione del reddito del figlio fiscalmente a carico - Io sottoscritto dichiaro che mio figlio ..... non percepisce alcun reddito, è fiscalmente a carico del nucleo familiare ed incluso nel mio stato di famiglia consapevole che, in caso di dichiarazione inesatta o mendace, incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Firma del dipendente iscritto principale

.....

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

Cognome..... Nome.....

Sesso (M/F)..... Codice fiscale

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

DA FIRMARE SEMPRE

Consenso al trattamento dati del figlio - Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, con la mia firma manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte di FASIIL, nella sua qualità di titolare del trattamento con le modalità e nei limiti della sopra richiamata informativa, obbligando l'Azienda alla riservatezza e allo non divulgazione degli stessi.

Firma del figlio (se minore quella di chi esercita la patria potestà)

.....

Autocertificazione della condizione del reddito del figlio fiscalmente a carico - Io sottoscritto dichiaro che mio figlio ..... non percepisce alcun reddito, è fiscalmente a carico del nucleo familiare ed incluso nel mio stato di famiglia consapevole che, in caso di dichiarazione inesatta o mendace, incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Firma del dipendente iscritto principale

.....

Mi impegno a segnalare tempestivamente a FASIIL, per il tramite dell'Azienda, i mutamenti intervenuti rispetto alla situazione sopra autocertificata, consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Data ..... **Firma del dipendente iscritto principale** .....

Si ricorda che, a norma di Regolamento, FASIIL si riserva la facoltà di richiedere al dipendente documentazione idonea alla verifica delle condizioni di iscrivibilità.