Spettabile SANI-FONDS
Fondo Sanitario Integrativo Provinciale
Via Marie Curie 15
39100 BOLZANO
CF 94121480217

RICHIESTA DI PROSECUZIONE VOLONTARIA AL FONDO SANITARIO

IO SOTTOSCRITTO/A

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nato/a a_____ il: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____Prov (_____) Nazione _____

Recapito e-mail: _____@_____ telefonico : _____

DICHIARO DI AVER INTERROTTO L'ATTIVITA´ LAVORATIVA PER:

☐ DIMISSIONI ☐ LICENZIAMENTO ☐ MOBILITA´ ☐ PENSIONAMENTO

in essere dal_____ al_____ con la DITTA_____

P.IVA/ CF_____

con sede in _____ via _____ nr._____

Recapito e-mail: _____@_____ telefonico : _____

DICHIARO

di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento Interno di Sani-Fonds e di accettare le condizioni ivi previste;

SANI-FONDS
LANDESZUSATZGESUNDHEITS-FONDS | FONDO SANITARIO INTEGRATIVO PROVINCIALE

CHIEDO

☐ LA PROSECUZIONE VOLONTARIA AL FONDO per me stesso

☐ LA PROSECUZIONE VOLONTARIA AL FONDO per me stesso e per i seguenti familiari

☐ **CONIUGE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F

Nato/a a_____ il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

☐ **FIGLIO/FIGLIA CON ETA´ COMPRESA DAI 0 AI 12 MESI**

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F

Nato/a a_____ il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

☐ **FIGLIO/FIGLIA CON ETA´ COMPRESA DAI 0 AI 12 MESI**

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F

Nato/a a_____ il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____)

MI IMPEGNO:

- **ad osservare tutte le disposizioni** previste dallo Statuto e dal Regolamento di Sani-Fonds;
- **a fornire tutti gli elementi utili** per la costituzione e l'aggiornamento delle posizioni. In caso di iscrizione/adesione anche del nucleo familiare, **dichiaro di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni** sopra fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti e mi impegno a **comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati** anagrafici dei miei familiari che risultino iscritti o aderenti al Fondo.

N.B. : Sani-Fonds si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'iscritto/aderente idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.

Data compilazione: _____ Firma del Richiedente:_____

La polizza si rinnova tacitamente alla scadenza contrattualmente prevista (31 Luglio di ogni anno).

Viene fatta salva la facoltà del prosecutore volontario di comunicare il proprio recesso dal Fondo con preavviso, mediante comunicazione scritta da inviarsi almeno 60 (sessanta) giorni prima rispetto alla scadenza contrattualmente prevista (31 Luglio di ogni anno).

Data compilazione: _____ Firma del Richiedente:_____

Il modulo compilato in tutte le sue parti è da inviarsi a Sani-Fonds ai seguenti recapiti:

tramite posta elettronica: info@sani-fonds.it o sani-fonds@secure-pec.it

personalmente o a mezzo posta presso la sede di Sani-Fonds: Via Marie Curie 15 – 39100 Bolzano