



## DICHIARA INOLTRE DI:

Essere titolare o socio di una delle seguenti categorie di aziende colpite dall'emergenza Coronavirus, in particolare (barrare numero corrispondente):

1. azienda che ha attivato nel periodo feb-lug 2020 una sospensione attività totale o parziale per emergenze di tipo sanitario (casi di COVID19 tra i dipendenti/titolari o di isolamento fiduciario certificato di uno o più dipendenti)
2. azienda che ha attivato nel periodo feb-lug 2020 ammortizzatori sociali per i propri dipendenti per la difficoltà o iniziative similari a supporto previste dalle Parti Costituenti legate all'emergenza;
3. azienda che opera nei settori in cui nel periodo feb-lug 2020 è stata prevista obbligatoriamente la sospensione temporanea attività aziendale da parte dei decreti ministeriali legati all'emergenza coronavirus.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

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; titolari di impresa non artigiana con dipendenti, titolari di impresa non artigiana con soci o collaboratori a progetto; collaboratori; 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%.**

La scheda di iscrizione firmata con gli allegati previsti così come sotto specificati vanno inoltrati a iscrizioni@saninveneto.it entro il 31/03/2020 e scadenze mensili successive fino al 31/07/2020; si specifica che la tutela sarà attivata con validità dal 01/02/2020 al 31/01/2021, senza applicazione di carenza contrattuale. Non è necessaria la spedizione di alcun originale cartaceo.

Per rendere attivabile l'iscrizione si ricorda di allegare in FORMATO PDF alla presente scheda:

- Copia fronte/retro di un documento del sottoscrittore in corso di validità e relativo codice fiscale
- certificato di invalidità in caso di iscrizione di figli con invalidità pari o superiore al 66%

Non è necessaria la spedizione di alcun documento cartaceo

È prevista l'attivazione di una posizione individuale SANI IN AZIENDA tra quelle indicate per ogni titolare iscritto o meno al Fondo presso l'azienda interessata. È facoltà del Fondo aumentare o diminuire questa previsione in base alle effettive richieste pervenute nella scadenza di richiesta mensile, tenendo conto anche di successive ulteriori disponibilità deliberate dal Consiglio di Amministrazione del Fondo.

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto riceve 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 \_\_\_\_\_