

Scheda ANAGRAFICA ASSISTITO (DIPENDENTE)

CATEGORIA DI APPARTENENZA DELL'ASSISTITO (ES. OPERAIO, IMPIEGATO, ...)*

CODICE AZIENDA		

DATI AZIENDA

Da compilare in stampatello da parte dell'azienda (se non già precompilato); i dati indicati con * sono obbligatori

RAGIONE SOCIALE*

·	
TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA	TIMBRO
DATI ASSISTITO Da compilare in stampatello da parte dell'assistito e consegnare all'amministrazione provvederà: • a registrare le informazioni nel sito www.fasni.it - area aziende • a custodire gli originali presso i propri uffici e, a seguito di espressa richiesta del Fo Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa FASNI - Viale Beethoven, 63 int. 2 – 00144 R	ndo, ad inviarli a:
COGNOME*NOME*	
SESSO* M F NATO A*	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 (G	G/MM/AAAA)*
RESIDENTE A* PRO	V.* C.A.P.*
INDIRIZZO*	
TEL. ABITAZIONE TEL. UFFICIO	CELLULARE
EMAIL*	
RECAPITO CORRISPONDENZA	Se diverso dalla residenza
INDIRIZZO	
CAPLOCALITÀ	PROVINCIA
COORDINATE BANCARIE: CODICE IBAN Del proprio C/C su cui	accreditare eventuali rimborsi
Riportare tutti i 27 caratteri del codice*	

Scheda **ANAGRAFICA ASSISTITO** (DIPENDENTE)

CODICE AZIENDA		

Il sottoscritto (di seguito l'"Assistito"), come in precedenza identificato, apponendo la sua firma nell'apposito spazio sottostante, dichiara di aver preso visione e di accettare il Regolamento, lo Statuto e i Piani Sanitari del Fondo di Assistenza Sanitaria FASNI (di seguito, il "Fondo"), interamente disponibili presso l'Azienda nonché sul sito internet del Fondo www.fasni.it L'assistito dichiara di essere a conoscenza che le prestazioni oggetto del Piano Sanitario prescelto

saranno erogate da parte della compagnia relativamente ai rischi e ai servizi dalle stesse e assicurazioni e di servizio disponibili presso informazioni relative alle prestazioni, nonché a	a assicurativa Italiana Assicurazioni Spa e da Blue Assistance Spa garantiti in conformità con quanto indicato nelle rispettive condizioni d l'Azienda nonché sul sito internet del Fondo www.fasni.it. Maggior alle modalità mediante le quali richiedere l'erogazione delle medesime o nella summenzionata documentazione del Fondo.
DATA	FIRMA ASSISTITO
trattamento dal datore di lavoro ai sensi degli a disponibile sul sito www.fasni.it apponendo la trattamento dei miei dati personali "particoli 2016/679 . Tali dati sono necessari per l'erogazio FASNI, dalla Compagnia Italiana Assicurazioni Sp	ei dati personali che mi è stata consegnata per conto dei Titolari de articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e comunque mia firma nello spazio sottostante, manifesto il mio libero consenso a ari" relativi alla salute come previsto dall'art. 9 del Regolamento (UE) one del servizio e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitario da (nel caso di polizza danni) e Blue Assistance Spa (nei servizi per la salute ervizi S.r.l. che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le detta Informativa.
DATA	FIRMA ASSISTITO