

DOMANDA DI ISCRIZIONE FAMILIARI Profilo 2, 3, 4, **W-IN**, USPI (Mod. IF_Piani sanitari)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

in qualità di titolare di posizione Casagit Salute, a norma dell'articolo 5 dello Statuto

Chiede l'iscrizione dei seguenti familiari al

Profilo Due Profilo Tre Profilo Quattro Profilo **W-IN** Profilo USPI

Cognome e Nome del familiare _____

nato a _____ il _____ Sesso _____

Codice Fiscale _____ Rapporto di parentela _____

Firma per il consenso dei dati personali _____
(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

Cognome e Nome del familiare _____

nato a _____ il _____ Sesso _____

Codice Fiscale _____ Rapporto di parentela _____

Firma per il consenso dei dati personali _____
(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

Cognome e Nome del familiare _____

nato a _____ il _____ Sesso _____

Codice Fiscale _____ Rapporto di parentela _____

Firma per il consenso dei dati personali _____
(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

Cognome e Nome del familiare _____

nato a _____ il _____ Sesso _____

Codice Fiscale _____ Rapporto di parentela _____

Firma per il consenso dei dati personali _____
(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

Il sottoscritto **si impegna** a versare la quota annua di iscrizione, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione, con osservanza dei tempi e delle modalità previste dal Regolamento.

Data _____ Firma _____

La sottoscrizione della presente da parte dei familiari costituisce rilascio di delega al titolare di posizione per inviare alla Mutua qualsiasi informazione inerente i familiari ed autorizza Casagit Salute ad inviare qualsiasi comunicazione contributiva e di rimborso per le prestazioni all'indirizzo anagrafico del titolare. Il sottoscritto ed i familiari minori per i quali richiede l'assistenza, preso atto dell'informativa allegata fornita da Casagit Salute ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, esprimono il loro consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente in materia.

Data _____ Firma _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

(INDICARE CON UNA "X" LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA)

PER IL CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO

- Certificato di matrimonio o certificato di "stato di famiglia anagrafico"** (articolo 4 DPR 223 del 30/05/1989) per il convivente more uxorio
- Copia del **documento d'identità**
- Copia della **tessera sanitaria**

FIGLI O EQUIPARATI

- Certificato di **stato di famiglia**
- Copia del **documento d'identità**
- Copia della **tessera sanitaria**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ASSISTITI

ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito, per brevità "**Regolamento**" o "**RGPD**")

Si può prendere visione dell'informativa della privacy all'indirizzo <https://www.casagit.it/privacy>
