CASSA RBM SALUTE

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

MODULO DI ADESIONE PERSONALE DIPENDENTE/DOCENTE

Il presente modulo dovrà pervenire via email ad Aon Spa
pianosanitario@aon.it

IO SOTTOSCRITTO:

Cognome: _____ Nome: _____

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

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Indirizzo e-mail: _____ Recapito telefonico : (ph.) _____ (mob.) _____

Azienda di Appartenenza _____ **Matricola aziendale:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Recapito Corrispondenza (solo se diverso da residenza)

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Coordinate Bancarie dell'aderente per eventuali rimborsi : codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Presa visione dello Statuto, del Regolamento attuativo e del Nomenclatore/Tariffario "GESTIONE COLLETTIVA" di Cassa RBM Salute

CHIEDO

di iscrivermi a Cassa RBM Salute; **DELEGO** il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione la contribuzione a mio carico e la quota di adesione a Cassa RBM Salute qualora prevista, nonché a provvedere al relativo versamento al Fondo, con le modalità e secondo i termini stabiliti dalla normativa del Fondo.

CHIEDO
(eventuale)

di iscrivere a Cassa RBM Salute i miei familiari, come definiti dalla normativa del Fondo, come di seguito individuati e **DELEGO** il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione la relativa contribuzione e quota di adesione a Cassa RBM Salute, nonché a provvedere al relativo versamento al Fondo, con le modalità e secondo i termini stabiliti dalla normativa del Fondo.

Coniuge

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No*

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

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

(in alternativa) Convivente more uxorio

Dichiaro di convivere more uxorio con:

Cognome: _____ Nome: _____

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

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Figlio

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No*

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

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Figlio

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No*

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

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Cassa RBM Salute
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL S.S.N.

Figlio

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No*

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

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Figlio

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No*

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

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

* I familiari non a carico sono iscrivibili qualora aderisca l'intero nucleo familiare come previsto nella polizza di RBM Salute S.p.A.

Mi impegno ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne di Cassa RBM Salute ed a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione. Dichiaro inoltre di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti.
Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati anagrafici miei e dei miei familiari.

Cassa RBM Salute si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.

L'iscrizione al Fondo decorre dal mese successivo a quello in cui il modulo è pervenuto al Fondo. L'iscrizione a Cassa RBM Salute impegna ai versamenti per l'intero anno in corso e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo espressa deroga contenuta nel testo di polizza di RBM Salute S.p.A.

Data compilazione: _____ **Firma del dipendente:** _____

Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679, dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso è pure esteso nei confronti del broker, del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

Data compilazione: _____ **Firma del dipendente:** _____

Consenso al trattamento dei dati personali per finalità promozionali – Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679, dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Data compilazione: _____ **Firma del dipendente:** _____

Firma dei familiari (se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela):

(1) _____ (2) _____ (3) _____

(4) _____ (5) _____

Il presente modulo dovrà pervenire via email ad Aon Spa a pianosanitario@aon.it

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme previste comporta il rigetto della domanda presentata