CERTIFICAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE ASSICURABILE DELL'ISCRITTO

(Dichiarazione Sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, Capo III, Sezione V)

Modulo da consegnare/inviare compilato in ogni sua parte SOLO in occasione della prima richiesta di prestazione per un familiare e/o nel caso siano intervenute modifiche al proprio nucleo familiare

AFFINCHÉ SANEDIL E UNISALUTE S.p.A. POSSANO TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE ENTRAMBI I CONSENSI SOTTOSTANTI

L'ISCRITTO (Nome e cognome) _____

e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| dell'Iscritto Sanedil* (in stampatello)

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSOCIATIVE EFFETTUATO DA SANEDIL** (*Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati*)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di **SANEDIL** sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso **SANEDIL** non potrà dare esecuzione ai servizi previsti dal Fondo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute.

Luogo e data _____ | Firma dell'Iscritto _____

* Se minorenne, firma un genitore con proprio nome e cognome.

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE EFFETTUATO DA UNISALUTE S.p.A.** (*Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati*)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di **UniSalute S.p.A.** sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso **UniSalute S.p.A.** non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data _____ | Firma dell'Iscritto _____

*Se minorenne, firma un genitore con proprio nome e cognome.

Io Sottoscritto/a	Cognome		Nome	
Nato/a		il	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Residente in via		N°	CAP	Località/Comune	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)			CAP	Località/comune	Prov
Non obbligatorio N° Tel. fisso	OBBLIGATORIO Tel cellulare			Non obbligatorio E-mail	
☐ OPERAIO		☐ IMPIEGATO			

consapevole delle sanzioni penali nelle quali potrò incorrere in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 - D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, decadrò dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 - D.P.R. 445/2000),

DICHIARO

- che **il mio coniuge, fiscalmente a carico e risultante dal mio stato di famiglia**, è:

Cognome e Nome

nato/a a ……/……/…… Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- che i **miei figli fiscalmente a carico** sono:

Cognome e Nome

nato/a a ……/……/…… Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome e Nome

nato/a a ……/……/…… Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome e Nome

nato/a a ……/……/…… Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome e Nome

nato/a a ……/……/…… Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome e Nome

nato/a a ……/……/…… Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Attenzione: Il/La sottoscritto/a allega alla presente dichiarazione una copia del proprio documento di identità e dei documenti d'identità di ciascuno dei familiari maggiorenni.

Data ___/___/_____ Firma dell'Iscritto _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata