



Al
**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL
GRUPPO INTESA SANPAOLO**
Via A. Cechov 50/5
20151 MILANO

MODULO PER LA VARIAZIONE DI CARICO FISCALE CON MANTENIMENTO DELL'ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI

Io sottoscritto/a.....

Codice Fiscale

Recapito Telefonico -

Indirizzo e-mail

Residenza:

Città Prov..... CAP

Iscritto: IN SERVIZIO IN ESODO IN QUIESCENZA

Con riguardo al sottoindicato familiare

COGNOME/NOME

data e luogo di nascita

grado di parentela:

DICHIARO, con riferimento alla vigente normativa fiscale (*), che il succitato familiare con decorrenza:/...../.....

E' FISCALMENTE A MIO CARICO (**)

E' FISCALMENTE A CARICO DELL'ALTRO GENITORE

E' FISCALMENTE NON A CARICO

In relazione alla variazione suesposta:

CONFERMO l'estensione delle prestazioni per il familiare sopraindicato ed allego il **certificato di stato di famiglia** con data non anteriore a tre mesi attestante il grado di parentela e lo stato civile.

(*) Nel fare ogni più ampio rinvio alla normativa tempo per tempo vigente in materia di carichi fiscali, si evidenzia che sono considerati familiari fiscalmente a carico tutti i membri della famiglia che nell'anno considerato non hanno posseduto un reddito complessivo superiore ai limiti di legge.

(**) Barrare anche nel caso in cui il carico fiscale del figlio sia al 50%

Premesso che ai sensi della normativa statutaria:

- è possibile mantenere la qualifica di familiare beneficiario anche in presenza di variazione del carico fiscale, ove non sussistano cause ostative previste dallo statuto;
- l'inserimento di familiari fiscalmente a carico deve riguardare la loro totalità con possibilità di deroga in favore esclusivamente del coniuge ovvero di coloro già in possesso di analoga copertura sanitaria;
- l'inserimento di familiari non fiscalmente a carico deve riguardare la totalità degli aventi diritto ed è subordinata all'avvenuta estensione delle prestazioni alla totalità dei familiari fiscalmente a carico, con possibilità di deroga in favore esclusivamente del coniuge, anche di fatto, ovvero di coloro che beneficiano di analoga copertura sanitaria;
- l'estensione delle prestazioni per tutti i familiari iscritti è irrevocabile fino al perdurare dei requisiti statutariamente previsti.

PRENDO ATTO CHE:

1. la variazione del carico fiscale ha efficacia dal 1° gennaio dell'anno in cui interviene (art. 10, comma 5 dello statuto);
2. la maggiorazione della quota contributiva per le variazioni da fiscalmente a carico a non fiscalmente a carico ha decorrenza ed effetti dal 1° gennaio dell'anno in cui si è verificata la variazione del carico fiscale;
3. il conguaglio contributivo viene effettuato con decorrenza ed effetti 1° gennaio dell'anno in cui si è verificata la variazione da non fiscalmente a carico a fiscalmente a carico, a condizione che la comunicazione al Fondo di detta variazione avvenga entro il 30 aprile dell'anno successivo;
4. il conguaglio contributivo viene effettuato con decorrenza ed effetti 1° gennaio dell'anno in cui la variazione da non fiscalmente a carico a fiscalmente a carico viene comunicata al Fondo, nel caso in cui detta comunicazione avvenga oltre il 30 aprile dell'anno successivo a quello in cui si è verificata la variazione;
5. il Fondo Sanitario, in ragione del necessario rispetto da parte degli assistiti della normativa statutaria tempo per tempo vigente, effettua verifiche periodiche circa la rispondenza del nucleo familiare beneficiario delle prestazioni alle specifiche previsioni in materia;

A conferma della presente richiesta allego il **certificato di stato di famiglia** con data non anteriore a tre mesi attestante il grado di parentela e lo stato civile.

Io sottoscritta/o dichiara/o sotto la mia responsabilità che tutti i dati riportati nel presente modulo sono veritieri e mi impegno a segnalare tempestivamente al Fondo ogni ulteriore variazione del mio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali come previsto dall'art. 6 dello statuto.

data _____ firma iscritto _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 (GDPR)

Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo
Via Cechov, 50/5 – 20151 MILANO

(Cognome e nome del dipendente/ex dipendente iscritto)

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Io sottoscritto, tenuto conto dell'Informativa ([per prenderne visione clicca Qui](#)) resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità di cui alla l. a) dell'Informativa (adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate), consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni.

presto il consenso **nego il consenso**
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(data e luogo)

(firma)^{(1) (2)}

Inoltre, in relazione al trattamento dei miei dati per le finalità di cui alla l. c) dell'Informativa: studio, ricerca scientifica e verifica della qualità del servizio

presto il consenso **nego il consenso**
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(data e luogo)

(firma)^{(1) (2)}

Infine, in relazione al trattamento dei miei dati per le finalità di cui alla l. d) dell'Informativa: invio di comunicazioni e materiale informativo relativo ad iniziative promozionali limitate alle attività di scopo del Fondo, effettuato sia con modalità di contatto tradizionali (posta cartacea, chiamate tramite operatore) che automatizzate (posta elettronica, sms, mms, chiamate automatizzate)

presto il consenso **nego il consenso**
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(data e luogo)

(firma)^{(1) (2)}

Nota Bene:

⁽¹⁾ Tutti i componenti il nucleo familiare devono esprimere la propria volontà con riferimento al consenso al trattamento dei dati personali. Qualora un familiare non esprima detta volontà, il Fondo non potrà dare corso all'erogazione delle prestazioni. Ove gli interessati non intendano esprimere la medesima opzione, è necessaria la compilazione di moduli separati.

⁽²⁾ Per i minori di anni 18 è necessaria la firma di chi esercita la potestà.