Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo

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

MODULO DI RECESSO DAL FONDO

Io sottoscritta/o _____

cessato dal rapporto di lavoro per pensionamento il _____/_____/_____

codice fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

recapito telefonico _____ e – mail _____

cellulare ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

Residenza/domicilio: Via/Corso _____

Città .....Prov. ..... CAP .....

COMUNICO IL RECESSO DALL'ISCRIZIONE al Fondo Sanitario del Gruppo Intesa Sanpaolo con decorrenza ed effetto dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Mi impegno, conseguentemente, a restituire gli eventuali importi percepiti per prestazioni successive alla data di cessazione dell'iscrizione al Fondo Sanitario ed a versare eventuali conguagli contributivi.

PRECISO INOLTRE CHE:

Il conto di riferimento per la regolazione di eventuali conguagli dovuti dal Fondo Sanitario a mio favore è il seguente:

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

DICHIARO DI AVER PRESO ATTO

che il recesso dall'iscrizione al Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo:

- **comporta la contestuale automatica perdita della qualifica di beneficiario per tutti i familiari;**
- **l'esercizio della facoltà di recesso è effettuato in via definitiva e preclude la possibilità di una nuova iscrizione pro-futuro allo stesso Fondo Sanitario del Gruppo Intesa Sanpaolo:**
- **ha effetto dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.**

*data*_____ *firma* iscritto _____