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 _____

☐ data pensionamento per chiusura Fondo di Solidarietà 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 del collocamento in quiescenza.

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 collocamento in quiescenza.**

*data*_____ *firma* iscritto _____