

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

MODULO DI RECESSO DAL FONDO A SEGUITO DEL PENSIONAMENTO

Io sottoscritto/a _____

data pensionamento per chiusura Fondo di Solidarietà il ____/____/____

data pensionamento per cessazione rapporto di lavoro il ____/____/____

codice fiscale

recapito telefonico _____ e – mail _____

cellulare

Residenza/domicilio: Via/Corso _____

CittàProv. 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 _____