

Al
**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL
GRUPPO INTESA SANPAOLO**
Piazza Affari, 3
20123 MILANO

Io sottoscritto/o _____
codice fiscale _____
recapito telefonico _____ e – mail _____
cellulare _____
Residenza/domicilio: Via/Corso _____
Città _____ Prov. _____ CAP _____
<input type="checkbox"/> IN SERVIZIO <input type="checkbox"/> IN ESODO <input type="checkbox"/> IN QUIESCENZA

<input type="checkbox"/> COMUNICO DI VOLER RECEDERE DALL'ISCRIZIONE AL FONDO SANTARIO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO con decorrenza ed effetto dal _____
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 <input type="text"/>

DICHIARO DI AVER PRESO ATTO CHE

- **Il mio 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.**

data _____

firma iscritto _____