Previmedical®
Servizi per la Sanità Integrativa

MODULO DI RICHIESTA DELLA "PREVIMEDICAL CARD" PER I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE

Il presente modulo dovrà pervenire a **PREVIMEDICAL –**
SERVIZIO CARD CASELLA POSTALE N.° 70 - 31021 Mogliano Veneto (TV)

DATI ASSISTITO:

Ente (Fondo Sanitario, Compagnia di assicurazione, Fondo Pensione, altro):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numero card: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cognome: _____ Nome:_____ Sesso: □ M □ F

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nato il: |_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDO DI POTER RICEVERE LA PREVIMEDICAL CARD PER I SEGUENTI SOGGETTI APPARTENENTI AL MIO NUCLEO FAMILIARE

Status: □ coniuge; □ convivente more uxorio; □ figlio; □ fratello/sorella; □ genitore; □ Socio;

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: □ M □ F

Indirizzo di invio della card (se non compilato la card verrà inviata all'indirizzo dell'assistito):

Via:_____ CAP:_____

Località:_____ PROV:_____

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso a PREVIMEDICAL S.p.A. al trattamento dei dati personali.

Firma del soggetto cui le informazioni si riferiscono (o, se minore, di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela): _____ Data: _____

Status: □ coniuge; □ convivente more uxorio; □ figlio; □ fratello/sorella; □ genitore; □ Socio;

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: □ M □ F

Indirizzo di invio della card (se non compilato la card verrà inviata all'indirizzo dell'assistito):

Via:_____ CAP:_____

Località:_____ PROV:_____

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso a PREVIMEDICAL S.p.A. al trattamento dei dati personali.

Firma del soggetto cui le informazioni si riferiscono (o, se minore, di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela): _____ Data: _____

Previmedical®
Servizi per la Sanità Integrativa

Status: ☐ coniuge; ☐ convivente more uxorio; ☐ figlio; ☐ fratello/sorella; ☐ genitore; ☐ Socio;

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: ☐ M ☐ F

Indirizzo di invio della card (se non compilato la card verrà inviata all'indirizzo dell'assistito):

Via:_____ CAP:_____

Località:_____ PROV:_____

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso a PREVIMEDICAL S.p.A. al trattamento dei dati personali.

Firma del soggetto cui le informazioni si riferiscono (o, se minore, di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela): _____ Data: _____

Status: ☐ coniuge; ☐ convivente more uxorio; ☐ figlio; ☐ fratello/sorella; ☐ genitore; ☐ Socio;

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: ☐ M ☐ F

Indirizzo di invio della card (se non compilato la card verrà inviata all'indirizzo dell'assistito):

Via:_____ CAP:_____

Località:_____ PROV:_____

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso a PREVIMEDICAL S.p.A. al trattamento dei dati personali.

Firma del soggetto cui le informazioni si riferiscono (o, se minore, di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela): _____ Data: _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.
E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati anagrafici nonché dei mutamenti di stato, che dovessero intervenire relativamente ai propri familiari rispetto alla situazione sopra descritta.
PREVIMEDICAL si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.

Data compilazione: _____ Firma dell'assistito:_____

N.B.Qualora si intendesse richiedere l'emissione della PREVIMEDICAL CARD per un numero maggiore di soggetti aventi diritto, si prega di compilare un altro modulo