

MODULO DI VARIAZIONE

Spettabile
Allianz S. p. A.
Via Zarotto 94,
43100 Parma
e, p.c. Società del Gruppo Bancario Cariparma Crédit Agricole
Ufficio Amministrazione Personale

Il/La sottoscritt.....
matr..... nato a il..... assunto
il..... dipendente di..... residente
a..... via..... cap.....
telefono abitazione..... telefono ufficio.....

presa visione della polizza sanitaria Allianz S. p. A. con decorrenza 31.12.2012 e scadenza 31.12.2014

comunica che i sottoelencati nominativi

- chiedono: riferito a nuovi ingressi di familiari nel nucleo familiare
- riferito a familiari che da “non a carico” passano “a carico”
- riferito a familiari non a carico ai quali si vuole estendere –in sede di rinnovo della polizza- la relativa copertura (opzione esercitabile solo entro il 15.2.2013 a valere per il biennio 2013-2014)
- rinunciano: riferito a familiari che non intendono restare assicurati
- mantengono: riferito a familiari che per continuare ad essere iscritti devono pagare il premio

l'iscrizione alla polizza sanitaria

Cognome e nome.....
data di nascita..... codice fiscale.....
relazione di parentela.....
residente anagraficamente.....
residente di fatto.....
stato civile.....
familiare a carico (SI O NO).....
note.....

Cognome e nome.....
data di nascita..... codice fiscale.....
relazione di parentela.....
residente anagraficamente.....
residente di fatto.....
stato civile.....
familiare a carico (SI O NO).....
note.....

Cognome e nome.....
data di nascita.....codice fiscale.....
relazione di parentela.....
residente anagraficamente.....
residente di fatto.....
stato civile.....
familiare a carico (SI O NO).....
note.....

A tal proposito, ricorrendone le condizioni, autorizza l’Azienda a trattenere dalla busta paga il premio relativo a n..... familiari non fiscalmente a carico.

Tenuto conto della presente comunicazione, ai soli fini della polizza sanitaria, dichiara che il proprio nucleo familiare assicurato, così come da certificato “stato di famiglia” è composto da:

n.....persone iscritte con premio a carico dell’Azienda

n.....persone iscritte con premio a carico del dipendente

Data..... Firma.....

La informiamo, ai sensi del D.Lgs 196/2003, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, che i dati da Lei forniti, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata.