fisde
Fondo integrativo sanitario per i dipendenti del Gruppo Enel

modulo 25-2024

Opzione Fisde per la non autosufficienza - Socio straordinario

La richiesta di esercitare l'opzione Fisde per la non autosufficienza è subordinata all'iscrizione Socio straordinario
Inviare attraverso Spazio Posta su Fisdeweb (da www.fisde.it)

I miei dati

_____ nome _____ cognome

_____ indirizzo di residenza (via, n. civ., città, cap)

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ telefono @ _____ e-mail

Chiedo di mantenere la copertura Fisde per la non autosufficienza come Socio straordinario

Dichiaro:

- **di aver beneficiato della copertura Fisde per la non autosufficienza come Socio ordinario** (compilare sotto con le informazioni richieste)

  dipendente dell'Azienda _____ **e di essere cessato dal servizio il** ____/____/_____

❑ **di essere già iscritto a Fisde come Socio straordinario** ❑ **di avere richiesto l'iscrizione a Fisde come Socio straordinario**
(barrare la casella corrispondente alla propria iscrizione Fisde)

- **di conoscere la normativa Fisde pubblicata su** www.fisde.it (Statuto e regolamentazione Fisde per la non autosufficienza) con particolare riferimento a condizioni e termini per esercitare l'opzione di mantenimento della copertura Fisde per la non autosufficienza, per il rinnovo annuale e per richiedere e mantenere l'indennità di non autosufficienza

Mi impegno a:

- **aggiornare tempestivamente la mia anagrafica** (nell'area riservata su Fisdeweb, da www.fisde.it) per variazioni di e-mail, indirizzo, numero di telefono, codice IBAN
- **usare l'area riservata su Fisdeweb** con accesso da www.fisde.it per inviare e seguire le richieste dell'indennità di non autosufficienza e per ogni altra pratica o documento da inviare o scaricare
- **consultare** www.fisde.it **per essere costantemente informato su eventuali aggiornamenti della normativa e delle procedure che Fisde può in qualsiasi momento modificare**

Allego:

copia della ricevuta di pagamento della quota per il mantenimento della copertura **Fisde per la non autosufficienza**

_____ luogo e data _____ **firma del richiedente**

Consenso al trattamento dei dati personali - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679
Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

_____ luogo e data _____ **firma del richiedente**

Canali di contatto a disposizione dei Soci: numero verde 800991121 @ info.fisde@fisde.it