fisde
Fondo integrativo sanitario per i dipendenti del Gruppo Enel

modulo 20-2024

Richiesta di rateizzazione per restituire rimborsi e servizi non dovuti

Inviare a dichiarazioniredditiuali@fisde.it

I miei dati

_____ nome _____ cognome

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

telefono _____ @ _____ e-mail

Premesso che, come previsto dalla normativa Fisde

devo restituire_____€ per estinguere il debito accertato

indicare il totale del debito accertato

per rimborsi e servizi non dovuti a causa di:

(barrare con X la casella che indica il proprio caso)

- ❑ **familiare non a carico per cui ho percepito rimborsi nel 2023**
- ❑ **superamento del tetto di reddito per spettanza rimborsi e prestazioni 2024 come Socio straordinario per reversibilità o indiretta**

Chiedo la rateizzazione prevista per importi superiori a 600 €:

- per importi da 601 € a 3.000 € restituzione in rate mensili di importo non inferiore a 300€
- per importi superiori a 3.000 € restituzione in un massimo di 12 rate mensili

Mi impegno a restituire l'importo totale del debito accertato di cui sopra come segue:

numero rate _____ data prima rata ___/___/_____ data ultima rata ___/___/_____

versando le singole rate sul c/c bancario IBAN IT06V0100503205000000003793

consapevole che riacquisirò il diritto alle prestazioni Fisde solo dopo restituzione totale

_____ 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