

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	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>
	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 versata con bonifico bancario intestato a Fisde, Fondo integrativo sanitario dipendenti del Gruppo Enel
IBAN IT71N010050320500000005733 (BNL) causale Cognome Nome – Contributo per rischio non autosufficienza anno _____**

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