QuiProtection
servizi assicurativi

DOMANDA DI ISCRIZIONE FAMILIARI

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di DOMICILIO: Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello di DOMICILIO) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

☐ Non ancora Iscritto a QUIPROTECTION ☐Iscritto a QUIPROTECTION con il codice: _____

a norma dell'Art. 3, comma 4 dello Statuto e degli Artt. 15-18 del Regolamento Applicativo Generale chiede l'iscrizione dei seguenti familiari:

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Nato a: _____ Prov.: (___) Stato: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____
(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Nato a: _____ Prov.: (___) Stato: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diversa da quella del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____
(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

QuiProtection
servizi assicurativi

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Nato a: _____ Prov.: (___) Stato: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diversa da quella del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____
(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Nato a: _____ Prov.: (___) Stato: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diversa da quella del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____
(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Nato a: _____ Prov.: (___) Stato: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diversa da quella del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____
(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

QuiProtection
servizi assicurativi

Il Sottoscritto si impegna formalmente e sotto la propria responsabilità a comunicare immediatamente a QUIPROTECTION **l'eventuale PERDITA SUCCESSIVA DEI REQUISITI** che costituiscono titolo per iscrizione dei suoi familiari. Dichiara inoltre di aver preso atto che **l'iscrizione decorre** dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda e, in caso di prima iscrizione, il diritto all'erogazione delle prestazioni decorre trascorsi **90 giorni** dalla data di iscrizione, se non diversamente indicato.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata fornita da QUIPROTECTION ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 de dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, **esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali dei familiari per i quali richiede assistenza**, ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente in materia.

Data _____ Firma _____

Il Sottoscritto si impegna al **versamento del contributo** associativo relativo ai familiari iscritti per almeno un triennio, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione, con osservanza dei tempi e delle modalità previste dal Regolamento Applicativo Generale.

Data _____ Firma _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Indicare con una "X" la sola documentazione effettivamente allegata alla domanda.

I documenti contrassegnati da asterisco sono obbligatori ai fini del perfezionamento dell'iscrizione.

LA DOMANDA NON CORREDATA DEI DOCUMENTI OBBLIGATORI DECADE DOPO 4 MESI DALLA PRESENTAZIONE DELLA STESSA SE NON OPPORTUNAMENTE INTEGRATA

PER IL CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO

* Certificato di matrimonio, o certificato di "stato di famiglia anagrafico" (Art. 4DPR 223 del 30/05/1989) di data non anteriore a tre mesi per il convivente more uxorio

* Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA del familiare

Per il Piano Sanitario QUIPROTECTION per usufruire della contribuzione ridotta: documentazione fiscale del Socio, per la verifica del carico fiscale per il familiare; se non presente, documentazione fiscale, ultima presentata, del familiare

PER I FIGLI ED EQUIPARATI

* Certificato di stato di famiglia e/o Certificazione comprovante il Grado di Parentela

* In presenza di elementi determinanti la permanentemente inabilità al lavoro, copia della certificazione, rilasciata dalle competenti commissioni sanitarie, comprovante l'inabilità totale al lavoro

* Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA del familiare

PER GENITORI ED EQUIPARATI

(solo per il Piano Sanitario QUIPROTECTION)

* Certificato di stato di famiglia

* Documentazione fiscale (ultima disponibile) del genitore. In assenza certificazione dell'Agenzia delle Entrate. Per i residenti all'estero documento equivalente

* Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ASSISTITI

ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito, per brevità "Regolamento" o "RGPD")