



**Fondo Sanitario Integrativo  
del Gruppo Intesa Sanpaolo**

Sede legale: 20121 Milano Piazza Paolo Ferrari, 10  
Sede operativa: 20151 Milano Via A. Cechov, 50/5  
Codice Fiscale 97574030157

Al  
**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL  
GRUPPO INTESA SANPAOLO**  
Via A. Cechov 50/5  
20151 MILANO

**MODULO PER RENDERE BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI DEL FONDO UN FAMILIARE**

Io sottoscritto/a.....

Codice Fiscale

Recapito Telefonico             -

Indirizzo e-mail .....

Residenza: .....

Città ..... Prov..... CAP .....

Iscritto:  IN SERVIZIO  IN ESODO  IN QUIESCENZA

Con riguardo al sottoindicato familiare

**COGNOME/NOME** .....

Codice Fiscale

data e luogo di nascita .....

grado di parentela: .....

**CHIEDO**, l'estensione delle prestazioni del Fondo del predetto familiare a decorrere dal: ...../...../..... a seguito di:

**ADESIONE ALL'ATTO DELLA MIA ASSUNZIONE**  
**(opzione valida se effettuata entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo alla data di assunzione)**  
allego certificato anagrafico di stato di famiglia. Nel certificato di stato di famiglia deve essere indicato il grado di parentela dei familiari ed il relativo stato civile. Se il familiare da rendere beneficiario è il coniuge allegare anche il certificato di matrimonio.

**MATRIMONIO/UNIONE CIVILE (L.20.5.2016 n.76)**  
allego certificato di matrimonio valido agli effetti civili / certificato costituzione unione civile; tutti i certificati devono essere rilasciati dal Comune.

**NASCITA**  
allego certificato anagrafico di stato di famiglia o, in alternativa, certificato anagrafico di nascita rilasciato dal Comune

**CONVIVENZA CON** (barrare l'opzione che interessa):

*coniuge di fatto*  *genitori*  *nonni*  *nipoti ex filio*  
 *fratelli*  *sorelle*  *figli del coniuge*  *figli del coniuge di fatto*  
(non legalmente separato)

Allego certificato anagrafico di stato di famiglia storico con indicata la data in cui è iniziata la convivenza. In alternativa, allego il certificato anagrafico di stato di famiglia e il certificato anagrafico di residenza storico relativo alla variazione della residenza del familiare o dell'iscritto, con indicata la data in cui è avvenuta detta variazione. Nel certificato di stato di famiglia deve essere indicato il grado di parentela dei familiari ed il relativo stato civile.

**MANCATO INSERIMENTO ALL'ATTO DELLA MIA ISCRIZIONE**

allego certificato anagrafico di stato di famiglia. Nel certificato di stato di famiglia deve essere indicato il grado di parentela dei familiari ed il relativo stato civile. Se il familiare da rendere beneficiario è il coniuge allegare anche il certificato di matrimonio. Se il familiare da rendere beneficiario è il coniuge di fatto allegare il certificato di stato famiglia storico attestante la data di inizio convivenza.

**CESSAZIONE DI ANALOGA COPERTURA**

allego la documentazione attestante la precedente copertura con le relative date di inizio e cessazione nonché il certificato anagrafico di stato di famiglia. Se il familiare da rendere beneficiario è il coniuge allegare anche il certificato di matrimonio. Se il familiare da rendere beneficiario è il coniuge di fatto allegare il certificato di stato famiglia storico attestante la data di inizio convivenza.

**AFFIDAMENTO PREADOTTIVO O ADOZIONE**

allego copia della relativa sentenza del Tribunale Italiano e certificato anagrafico di stato di famiglia

**DICHIARO** – che il suddetto familiare a decorrere dal ...../...../..... (barrare l'opzione che interessa):

- E' FISCALMENTE A MIO CARICO**  
(barrare quest'opzione anche nel caso in cui il figlio sia a carico al 50%)
- E' FISCALMENTE A CARICO DELL'ALTRO GENITORE**
- E' FISCALMENTE NON A CARICO**

Nel fare ogni più ampio rinvio alla normativa tempo per tempo vigente in materia di carichi fiscali, si evidenzia che sono considerati familiari fiscalmente a carico tutti i membri della famiglia che nell'anno considerato non hanno posseduto un reddito complessivo superiore ai limiti di legge.

Preso atto che ai sensi della vigente normativa, l'iscritto - a richiesta - può rendere beneficiari delle prestazioni del Fondo i seguenti **familiari fiscalmente a carico**:

- il coniuge, in assenza di separazione legale;
- i figli, anche se adottati o in affidamento preadottivo;
- altri familiari (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli, sorelle) purché di età non superiore a 80 anni la cui convivenza risulti dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto.

Per familiare fiscalmente a carico si intende il soggetto – percettore di redditi propri di ammontare complessivamente inferiore ai limiti di legge – nei cui confronti l'iscritto sia destinatario, anche in quota parte, degli inerenti benefici fiscali, nel rispetto della normativa vigente. Con riguardo ai figli è sufficiente che ricorra il solo requisito del reddito inferiore ai limiti previsti.

Come stabilito dallo statuto, l'estensione delle prestazioni del Fondo Sanitario a favore degli altri familiari fiscalmente a carico, genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli e sorelle, oltre ad essere subordinata all'iscrizione del coniuge e dei figli a carico, deve riguardare la totalità degli stessi, così come risulta dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto. Fanno eccezione esclusivamente i familiari beneficiari di analoga copertura sanitaria che dovrà essere dichiarata contestualmente alla richiesta di estensione delle prestazioni ai predetti familiari a carico. Tali previsioni sono derogate in favore del coniuge.

È inoltre facoltà dell'iscritto rendere fruitori delle prestazioni del Fondo Sanitario i seguenti **familiari non fiscalmente a carico**:

- il coniuge, in assenza di separazione legale;
- il coniuge di fatto;
- i figli, anche se adottati o in affidamento preadottivo purché conviventi ed inseriti sullo stato di famiglia di uno dei genitori;
- i figli, anche se adottati o in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto;
- i genitori di età non superiore a 80 anni;
- i fratelli e/o le sorelle la cui convivenza sia comprovata da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto di età non superiore a 80 anni.

L'iscritto può estendere il beneficio delle prestazioni esclusivamente a favore della totalità dei familiari non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia anagrafico e subordinatamente all'iscrizione al Fondo Sanitario della totalità dei familiari fiscalmente a carico. Fanno eccezione esclusivamente i familiari beneficiari di analoga copertura sanitaria che dovrà essere dichiarata contestualmente alla richiesta di estensione delle prestazioni ai predetti familiari. Tali previsioni sono derogate in favore del coniuge, anche di fatto.

L'estensione delle prestazioni ai familiari è irrevocabile sino al venir meno della qualifica di familiari beneficiari ai sensi dell'art. 7, punto 2 dello statuto.

Il Fondo si riserva di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata sul presente modulo nei casi in cui ciò si renda necessario per chiarire la corretta posizione anagrafica.

Di seguito si riportano le casistiche riguardanti l'estensione dei benefici ai familiari, così come previsti dallo Statuto, con l'indicazione della decorrenza contributiva e della fruizione delle prestazioni.

<b>FAMILIARE NON CONVIVENTE (da stato famiglia) all'atto dell'iscrizione del titolare</b>	<b>INSORGENZA DEI REQUISITI PER L'ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DATA DELLA RICHIESTA DI ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DIRITTO DEL FAMILIARE AD USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DECORRENZA DELLA CONTRIBUZIONE</b>
genitori / nonni nipoti ex filio fratelli / sorelle figli del coniuge non legalmente separato o di fatto figli non fiscalmente a carico	trascorso un intero anno dalla data di inizio convivenza	entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo all'intero anno di convivenza	al termine dell'anno di convivenza	dal 1° giorno del mese di compimento dell'anno di convivenza
		oltre l'ultimo giorno del 4° mese successivo all'intero anno di convivenza	trascorso un anno dalla data di richiesta di estensione delle prestazioni al familiare	dal 1° giorno del mese di compimento dell'anno di convivenza per un massimo di 4 annualità pregresse

<b>FAMILIARE GIÀ CONVIVENTE (da stato famiglia) da oltre un anno all'atto dell'iscrizione del titolare</b>	<b>INSORGENZA DEI REQUISITI PER L'ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DATA DELLA RICHIESTA DI ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DIRITTO DEL FAMILIARE AD USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DECORRENZA DELLA CONTRIBUZIONE</b>
genitori / nonni nipoti ex filio fratelli / sorelle figli del coniuge non legalmente separato o di fatto figli non fiscalmente a carico	dalla data iscrizione del titolare	entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di iscrizione del titolare	dalla data iscrizione del titolare	dalla data di iscrizione del titolare
		oltre l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di iscrizione del titolare	trascorso un anno dalla data di richiesta di estensione delle prestazioni al familiare	dalla data di iscrizione del titolare per un massimo di 4 annualità pregresse

<b>FAMILIARE NON CONVIVENTE (da stato famiglia) / NON CONIUGATO all'atto dell'iscrizione del titolare</b>	<b>INSORGENZA DEI REQUISITI PER L'ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DATA DELLA RICHIESTA DI ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DIRITTO DEL FAMILIARE AD USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DECORRENZA DELLA CONTRIBUZIONE</b>
coniuge in assenza di separazione legale non fiscalmente a carico	data di matrimonio	entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di matrimonio	dalla data di matrimonio	dal 1° giorno del mese di celebrazione del matrimonio
		oltre l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di matrimonio	trascorso un anno dalla data di richiesta di estensione delle prestazioni al familiare	dal 1° giorno del mese di celebrazione del matrimonio per un massimo di 4 annualità pregresse
coniuge di fatto	data inizio convivenza	entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo all'inizio della convivenza	dalla data di inizio convivenza	dal 1° giorno del mese di inizio della convivenza
		oltre l'ultimo giorno del 4° mese successivo all'inizio della convivenza	trascorso un anno dalla data di richiesta di estensione delle prestazioni al familiare	dal 1° giorno del mese di inizio della convivenza per un massimo di 4 annualità pregresse

<b>FAMILIARE GIA' CONVIVENTE (da stato famiglia) / GIA' CONIUGATO all'atto dell'iscrizione del titolare</b>	<b>INSORGENZA DEI REQUISITI PER L'ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DATA DELLA RICHIESTA DI ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DIRITTO DEL FAMILIARE AD USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DECORRENZA DELLA CONTRIBUZIONE</b>
coniuge in assenza di separazione legale non fiscalmente a carico	dalla data iscrizione del titolare	entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di iscrizione del titolare	dalla data iscrizione del titolare	dalla data di iscrizione del titolare
coniuge di fatto		oltre l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di iscrizione del titolare	trascorso un anno dalla data di richiesta di estensione delle prestazioni al familiare	dalla data di iscrizione del titolare per un massimo di 4 annualità pregresse

<b>FAMILIARE NON PRESENTE NEL NUCLEO all'atto dell'iscrizione del titolare</b>	<b>INSORGENZA DEI REQUISITI PER L'ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DATA DELLA RICHIESTA DI ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DIRITTO DEL FAMILIARE AD USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>DECORRENZA DELLA CONTRIBUZIONE</b>
coniuge in assenza di separazione legale fiscalmente a carico	data di matrimonio	entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di matrimonio	dalla data di matrimonio	dal 1° giorno del mese di celebrazione del matrimonio
		oltre l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di matrimonio	dalla data di richiesta di estensione delle prestazioni al familiare	dal 1° giorno del mese di celebrazione del matrimonio per un massimo di 4 annualità pregresse
figli fiscalmente a carico	data di nascita	entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla nascita	dalla data di nascita	dal 1° giorno del mese di nascita
		oltre l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla nascita	dalla data di richiesta di estensione delle prestazioni al familiare	dal 1° giorno del mese di nascita per un massimo di 4 annualità pregresse

FAMILIARE GIA' PRESENTE NEL NUCLEO all'atto dell'iscrizione del titolare	INSORGENZA DEI REQUISITI PER L'ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI	DATA DELLA RICHIESTA DI ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI	DIRITTO DEL FAMILIARE AD USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI	DECORRENZA DELLA CONTRIBUZIONE
coniuge in assenza di separazione legale fiscalmente a carico	dalla data iscrizione del titolare	entro l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di iscrizione del titolare	dalla data iscrizione del titolare	dalla data di iscrizione del titolare
figli fiscalmente a carico		oltre l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data di iscrizione del titolare	dalla data di richiesta di estensione delle prestazioni al familiare	dalla data di iscrizione del titolare per un massimo di 4 annualità pregresse

Per la contribuzione relativa ai familiari, si rimanda alle aliquote riportate in appendice allo statuto, stabilite - tempo per tempo - dalle Fonti Istitutive.

Nel caso di genitori entrambi iscritti al Fondo in qualità di titolari, l'estensione delle prestazioni ai figli può avvenire esclusivamente sulla singola posizione di uno di essi, a libera scelta del genitore. Detta scelta non è successivamente modificabile, ad eccezione dei casi di variazione del nucleo familiare.

L'iscritto è tenuto a comunicare tempestivamente al Fondo i casi di decesso o la perdita dei requisiti da parte dei familiari beneficiari delle prestazioni, quali: matrimonio, separazione legale / divorzio, variazione del carico fiscale, cessata convivenza anagrafica, analoga copertura.

La qualifica di familiare beneficiario viene meno altresì a seguito di matrimonio/unione di fatto dello stesso, con l'eccezione del figlio fiscalmente a carico convivente con uno dei genitori.

Il Fondo Sanitario, in ragione del necessario rispetto da parte degli assistiti della normativa Statutaria tempo per tempo vigente, può effettuare verifiche periodiche circa la rispondenza del nucleo familiare beneficiario delle prestazioni alle specifiche previsioni in materia.

Io sottoscritto/o dichiaro sotto la mia responsabilità che tutti i dati riportati nel presente modulo sono veritieri e mi impegno a segnalare tempestivamente al Fondo ogni ulteriore variazione del mio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali come previsto dall'art. 6 dello statuto.

data \_\_\_\_\_ firma iscritto \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 (GDPR)

Fondo Sanitario Integrativo  
del Gruppo Intesa Sanpaolo  
Via Cechov, 50/5 – 20151 MILANO

\_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del dipendente/ex dipendente iscritto)

Codice fiscale:

Io sottoscritto, tenuto conto dell'Informativa ([per prenderne visione clicca Qui](#)) resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità di cui alla l. a) dell'Informativa (adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate), consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni

**presto il consenso**                       **nego il consenso**  
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

\_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del familiare beneficiario)

\_\_\_\_\_  
(data e luogo)

\_\_\_\_\_  
(firma)<sup>(1) (2)</sup>

Inoltre, in relazione al trattamento dei miei dati per le finalità di cui alla l. c) dell'Informativa: studio, ricerca scientifica e verifica della qualità del servizio

**presto il consenso**                       **nego il consenso**  
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

\_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del familiare beneficiario)

\_\_\_\_\_  
(data e luogo)

\_\_\_\_\_  
(firma)<sup>(1) (2)</sup>

Infine, in relazione al trattamento dei miei dati per le finalità di cui alla l. d) dell'Informativa: invio di comunicazioni e materiale informativo relativo ad iniziative promozionali limitate alle attività di scopo del Fondo, effettuato sia con modalità di contatto tradizionali (posta cartacea, chiamate tramite operatore) che automatizzate (posta elettronica, sms, mms, chiamate automatizzate)

**presto il consenso**                       **nego il consenso**  
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

\_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del familiare beneficiario)

\_\_\_\_\_  
(data e luogo)

\_\_\_\_\_  
(firma)<sup>(1) (2)</sup>

**Nota Bene:**

<sup>(1)</sup> Tutti i componenti il nucleo familiare devono esprimere la propria volontà con riferimento al consenso al trattamento dei dati personali. Qualora un familiare non esprima detta volontà, il Fondo non potrà dare corso all'erogazione delle prestazioni. Ove gli interessati non intendano esprimere la medesima opzione, è necessaria la compilazione di moduli separati.

<sup>(2)</sup> Per i minori di anni 18 è necessaria la firma di chi esercita la potestà.