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

Spedire con RACCOMANDATA A.R.
ENTRO E NON OLTRE IL 30 APRILE 2014

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

Io sottoscritta/o _____

codice fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

recapito telefonico _____ e – mail _____

cellulare ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

Residenza/domicilio: Via/Corso _____

Città .....Prov. ..... CAP .....

☐ **COMUNICO DI VOLER RECEDERE DALL'ISCRIZIONE AL FONDO SANTARIO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO**

Decorrenza ed effetto dal 1° gennaio 2014.

Mi impegno, conseguentemente, a restituire gli eventuali importi percepiti per prestazioni successive alla data di cessazione dall'iscrizione al Fondo Sanitario ed a versare eventuali conguagli contributivi.

PRECISO INOLTRE CHE:

Il conto di riferimento per la regolazione di eventuali conguagli dovuti dal Fondo Sanitario a mio favore è il seguente:

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

DICHIARO DI AVER PRESO ATTO CHE

- **Il mio recesso dall'iscrizione al FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO comporta la contestuale automatica perdita della qualifica di beneficiario per tutti i familiari.**
- **L'esercizio della facoltà di recesso è effettuata in via definitiva ed esclude la possibilità di ripresentare successive domande di iscrizione allo stesso Fondo Sanitario del Gruppo Intesa Sanpaolo.**
- **Il recesso ha effetto con decorrenza 1° gennaio 2014.**

*data*_____ *firma* iscritto _____