

Se vuole regalare l'assistenza sanitaria ad uno dei suoi familiari lo indichi qui

(in tal caso, verrà inviato a Lei il bollettino bancario per la regolarizzazione dell'iscrizione).

Per gli anni successivi la modulistica di rinnovo sarà inviata all'indirizzo indicato di seguito dal familiare.

CODICE D'ISCRIZIONE DELL'ISCRITTO PRINCIPALE _____

COGNOME _____ NOME _____

SEZIONE DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE DA PARTE DEL FAMILIARE

Cognome _____ Nome _____ Nato il ____/____/____

a _____ Residente in: _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Sesso: F M

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice IBAN (per l'accredito dei rimborsi) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N.B. Qualora l'iscritto non sia titolare di un proprio conto corrente, potrà allegare una delega con cui autorizza la liquidazione dei rimborsi sulle coordinate bancarie indicate.

DICHIARA, INOLTRE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

- di aver preso visione sul sito www.assidai.it, dello Statuto, del Regolamento e del Piano Sanitario che regoleranno l'adesione al Fondo, nonché delle comunicazioni dell'intermediario assicurativo **Praesidium S.p.a.**;
- di aver acquisito, tramite **Assidai o i suoi partner istituzionali e commerciali (ad es. Federmanager/CIDA/Praesidium)**, ovvero sul sito www.assidai.it, l'informativa relativa al **D.Lgs. 196/03 e s.s.m.i. e Regolamento 679/16** in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento dei dati personali, all'ambito di comunicazione e di eventuale diffusione degli stessi ai terzi ivi indicati, nonché dei propri diritti circa i dati personali che sono o saranno conferiti ad Assidai per l'espletamento delle attività istituzionali connesse all'iscrizione (punto 1 lett. a dell'informativa);
- di essere consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge derivanti da mendaci dichiarazioni e false attestazioni ai fini del percepimento delle prestazioni economiche previste dallo Statuto, dal Regolamento e dal suddetto Piano Sanitario.

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL SEGUENTE PIANO SANITARIO DI CUI HA PRESO ADEGUATA VISIONE

PIANO SANITARIO FAMILIARI				
Figli fino a 35 anni	Figli da 36 a 45 anni	Figli da 46 a 55 anni	Figli da 56 a 65 anni	Convivente more uxorio (dell'iscritto principale)
<input type="checkbox"/> € 667	<input type="checkbox"/> € 698	<input type="checkbox"/> € 761	<input type="checkbox"/> € 990	<input type="checkbox"/> € 980

*Allegare il documento d'identità e il codice fiscale.

La formalizzazione dell'iscrizione avverrà con il pagamento del contributo. Il versamento potrà essere effettuato utilizzando uno degli strumenti elencati nel modulo, che Le verrà inoltrato a seguito della ricezione della richiesta di iscrizione.

DATA ____/____/____

FIRMA (Familiare) _____

SI APPROVANO SPECIFICAMENTE: ARTICOLO 15 DELLO STATUTO E 2, 4, 6, 7, 8 e 9 DEL REGOLAMENTO ASSIDAI

DATA ____/____/____

FIRMA (Familiare) _____

Il sottoscritto, altresì, autorizza espressamente l'utilizzo dei propri dati personali per **comunicazioni diverse da quelle istituzionali** e afferenti a **materiale informativo su prodotti o servizi accessori** offerti da Assidai o suoi partner istituzionali e commerciali (punto 1 lett. b dell'informativa).

AVVERTENZA: da firmare SOLO in caso di effettivo consenso esplicito.

FIRMA (Familiare) _____