

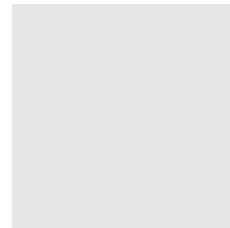
# MODULO DI ISCRIZIONE IN FORMA INDIVIDUALE 2024

## DIRIGENTI, QUADRI E CONSULENTI

Piani Sanitari sostitutivi del Fasi o di altra forma di assistenza analoga



Via Ravenna 14, 00161 Roma (RM)  
Customer Care Assidai Tel. 06 44070600 | Fax 06 44252612 - 06 92958406  
www.assidai.it



Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Residente in: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Sesso:  F  M

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

Azienda *(se in servizio)* \_\_\_\_\_

Codice IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*(per l'accredito dei rimborsi)*

### CHIEDE L'ISCRIZIONE AD ASSIDAI E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

- di aver preso visione, presso i Vostri Uffici e/o presso l'Associazione Territoriale Federmanager e/o il sito [www.assidai.it](http://www.assidai.it), dello Statuto, del Regolamento e del Piano Sanitario Assidai che regoleranno l'adesione al Fondo, nonché delle comunicazioni dell'intermediario assicurativo **Praesidium S.p.a.**
- di non essere titolare di trattamento pensionistico  di essere titolare di trattamento pensionistico
- di aver acquisito, tramite **Assidai o i suoi partner istituzionali e commerciali (ad es. Federmanager/CIDA/Praesidium)**, ovvero sul sito [www.assidai.it](http://www.assidai.it), l'informativa relativa 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;
- di aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascuno dei soggetti, componenti del nucleo familiare, indicati nello specifico riquadro.

### DICHIARA, INOLTRE, DI:

- Non essere iscritto ad alcun Fondo.

### REQUISITO ASSOCIATIVO *(art. 2, lett. a - Regolamento Assidai):*

- Essere iscritto all'Associazione Federmanager di \_\_\_\_\_  
o una delle Federazioni aderenti alla Cida (indicare quale) \_\_\_\_\_
- Essere iscritto a Federprofessional

## DICHIARA DI SCEGLIERE IL SEGUENTE PIANO SANITARIO:

### PIANI SANITARI SOSTITUTIVI DEL FASI O DI ALTRE FORME DI ASSISTENZA ANALOGA DIRIGENTI, QUADRI E CONSULENTI

Base	Ricoveri	Arcobaleno	Senior (Riservato a chi aderisce al Fondo dopo il pensionamento)
<input type="checkbox"/> € 553 fino a 50 anni	<input type="checkbox"/> € 920 fino a 50 anni	<input type="checkbox"/> € 1.766 fino a 50 anni	<input type="checkbox"/> € 4.748
	<input type="checkbox"/> € 1.487 51/60 anni	<input type="checkbox"/> € 2.362 51/60 anni	
<input type="checkbox"/> € 723 oltre 50 anni	<input type="checkbox"/> € 2.356 61/70 anni	<input type="checkbox"/> € 3.453 61/70 anni	

### COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE\*

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge derivanti da mendaci dichiarazioni e false attestazioni (art. 6 D.P.R. n. 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità civile e penale e ai fini del percepimento delle prestazioni economiche previste dallo Statuto, dal Regolamento e del Piano Sanitario di Assidai, che i componenti del proprio nucleo familiare sono i seguenti:

<b>Coniuge</b>	Cognome e Nome _____	Date di nascita ____/____/____	Luogo _____
	Codice Fiscale _____	Firma consenso al trattamento dei dati personali**	
<b>Convivente more uxorio</b>	Cognome e Nome _____	Date di nascita ____/____/____	Luogo _____
	Codice Fiscale _____	Firma consenso al trattamento dei dati personali**	
<b>Figlio/a***</b>	Cognome e Nome _____	Date di nascita ____/____/____	Luogo _____
	Codice Fiscale _____	Firma consenso al trattamento dei dati personali**	
<b>Figlio/a***</b>	Cognome e Nome _____	Date di nascita ____/____/____	Luogo _____
	Codice Fiscale _____	Firma consenso al trattamento dei dati personali**	
<b>Figlio/a***</b>	Cognome e Nome _____	Date di nascita ____/____/____	Luogo _____
	Codice Fiscale _____	Firma consenso al trattamento dei dati personali**	

\* La presente dichiarazione, alternativa allo stato di famiglia, è da ritenersi autocertificazione dello stesso. Allegare copia del documento di identità e del codice fiscale dell'iscritto e di tutto il nucleo familiare.

\*\* Il consenso è obbligatorio per poter trattare i dati particolari necessari all'erogazione del servizio.

\*\*\* Figli fino a 26 anni di età (art. 8 Regolamento).

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

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

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

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

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 Assidai relativa al trattamento dei dati personali).

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

FIRMA \_\_\_\_\_