

Se vuole regalare l'assistenza sanitaria a uno dei suoi familiari, lo indichi qui →

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

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

CODICE ISCRIZIONE **ISCRITTA/O** _____

COGNOME _____ NOME _____

SEZIONE DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE DA PARTE DEL FAMILIARE

Cognome _____ Nome _____ Nata/o 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'iscritta/o 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, presso i Vostri Uffici e/o presso l'Associazione Territoriale Federmanager e/o il sito www.assidai.it, dello Statuto, del Regolamento e del Piano Sanitario Assidai che regoleranno l'adesione al Fondo, nonché degli allegati 3 e 4 ter e delle eventuali comunicazioni predisposte dall'intermediario assicurativo Praesidium S.p.A. e reperibili sul sito www.praesidiumspa.it – area tutela del cliente;
- di aver acquisito, tramite Assidai o i suoi partner istituzionali e commerciali (ad es. Federmanager/CIDA/Praesidium S.p.A.), ovvero sul sito 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 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

Figlie/i fino a 35 anni	Figlie/i da 36 a 45 anni	Figlie/i da 46 a 55 anni	Figlie/i da 56 a 65 anni	Convivente more uxorio, coniuge separata/o o divorziata/o (dell'iscritta/o principale)
<input type="checkbox"/> € 700	<input type="checkbox"/> € 733	<input type="checkbox"/> € 799	<input type="checkbox"/> € 1.040	<input type="checkbox"/> € 1.514

*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) _____

La/Il sottoscritta/o, 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).

FIRMA (Familiare) _____

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