



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

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;
- di aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascun componente del nucleo familiare.

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

PIANO SANITARIO FAMILIARI SPOSATI

Figlie/i Sposati (e relativo nucleo di seguito indicato) fino a 45 anni	Figlie/i Sposati (e relativo nucleo di seguito indicato) da 46 a 55 anni	Figlie/i Sposati (e relativo nucleo di seguito indicato) da 56 a 65 anni
<input type="checkbox"/> € 1.514	<input type="checkbox"/> € 1.672	<input type="checkbox"/> € 2.172

