MODULO DI ISCRIZIONE PIANO SANITARIO FAMILIARI SPOSATI 2025



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.

	P
_^	_

CODICE ISCRIZIONE ISCRITTA/O						
COGNOME	NOME					
SEZIONE DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE DA PARTE DEL FAMILIARE						
Cognome	Nome	Nata/o il/				
aRes	esidente in					
Città	ProvC.A.P	Sesso □F □M				
TelCell	E-mail					
Codice Fiscale						
bancarie indicate. DICHIARA, INOLTRE, SOTTO LA PROPRIA R → di aver preso visione, presso i Vostri Uffici e/o pre del Piano Sanitario Assidai che regoleranno l'ades	resso l 'Associazione Territoriale Federmanager e/o il si esione al Fondo, nonché degli allegati 3 e 4 ter e delle eve	to www.assidai.it , dello Statuto , del Regolamento e				
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 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				

€ 1.672

€ 1.514

€ 2.172

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. 76 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 dal Piano Sanitaro di Assidai, che le persone che compongono il proprio nucleo familiare sono le seguenti:

	, ,		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
		//			
Coniuge	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo		
	Codice Fiscale		Firma consenso al trattamento dei dati personali**		
	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo		
Convivente more uxorio	Codice Fiscale		Firma consenso al trattamento dei dati personali**		
	COURT I MAIN				
Figlia/o***	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo		
	Codice Fiscale		Firma consenso al trattamento dei dati personali**		
		//			
Figlia/o***	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo		
	Codice Fiscale		Firma consenso al trattamento dei dati personali**		
	Cognome e Nome	//	Luogo		
Figlia/o***					
	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 della persona iscritta e di tutto il nucleo familiare. ** Il consenso è obbligatorio per poter trattare i dati particolari necessari all'erogazione del servizio.					
	26 anni di età (art. 8 Regolamento). one dell'iscrizione avverrà con il pagamento del contributo. I	l versamento notrà	a essere effettuato utilizzando uno degli strumenti elencati		
nel modulo di p	pagamento, che Le verrà inoltrato a seguito della ricezione de	ella richiesta di iscr	rizione.		
DATA/ FIRMA (Familiare)					
SI APPROVANO SPECIFICATAMENTE: ARTICOLO 15 DELLO STATUTO E 2, 4, 6, 7, 8 e 9 DEL REGOLAMENTO ASSIDAI					
DATA//_		FIRM	A (Familiare)		

La/II 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)	_
-------------------	---