

MODULO DI ISCRIZIONE IN FORMA INDIVIDUALE 2025

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 _____ Nata/o 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**, 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 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 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 aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascun componente del nucleo familiare.

CATEGORIA DI APPARTENENZA:

- Dirigente Quadro Consulente

DICHIARA, INOLTRE, DI:

- Non essere iscritta/o ad alcun Fondo.

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

- Essere iscritta/o all'Associazione Federmanager di _____
o una delle Federazioni aderenti alla Cida (indicare quale) _____
- Essere iscritta/o 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"/> € 581 fino a 50 anni	<input type="checkbox"/> € 966 fino a 50 anni	<input type="checkbox"/> € 1.854 fino a 50 anni	<input type="checkbox"/> € 4.985
	<input type="checkbox"/> € 1.561 51/60 anni	<input type="checkbox"/> € 2.480 51/60 anni	
<input type="checkbox"/> € 759 oltre 50 anni	<input type="checkbox"/> € 2.474 61/70 anni	<input type="checkbox"/> € 3.626 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. 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 Sanitario di Assidai, che le persone che compongono il nucleo familiare sono le seguenti:

Coniuge	Cognome e Nome _____ / / Data di nascita _____ Luogo _____ Codice Fiscale _____	Firma consenso al trattamento dei dati personali** _____
Convivente more uxorio	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** _____
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** _____

- * 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.
- *** Figlie e 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 _____

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 Assidai relativa al trattamento dei dati personali).

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

FIRMA _____