

# 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

