

CODICE D'ISCRIZIONE DELL'ISCRITTO PRINCIPALE _____
(solo se già iscritto)

COGNOME _____ **NOME** _____

DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE DA ISCRIVERE ALLO SPECIFICO PIANO SANITARIO RISERVATO:

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____
a _____ Residente in: Via _____
Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Sesso: M F
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
Codice Fiscale _____

Codice IBAN (per l'accredito dei rimborsi)

CHIEDE L'ISCRIZIONE AD ASSIDAI E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

- di aver preso visione sul sito www.assidai.it, dello Statuto, del Regolamento e dei Piani Sanitari che regoleranno il nostro rapporto contrattuale, nonché delle comunicazioni dell'intermediario assicurativo **Praesidium S.p.a.**
- di aver acquisito, tramite **Assidai** o i suoi **partner istituzionali e commerciali** (ad es. **Federmanager / CIDA / Praesidium**), ovvero sul sito www.assidai.it, l'informativa relativa al **D.Lgs. 196/03** e **s.s.m.i.** e **Regolamento 679/16** in ordine 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 (punto 1 lett. a dell'informativa);
- di aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascuno dei soggetti, componenti del nucleo familiare, indicati nel riquadro sottostante.

DICHIARA DI SCEGLIERE IL SEGUENTE PIANO SANITARIO DI CUI HA PRESO ADEGUATA VISIONE

| PIANO SANITARIO FAMILIARI | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| Figlio fino a 35 <input type="checkbox"/> anni | Figlio da 36 a <input type="checkbox"/> 45 anni | Figlio da 46 a <input type="checkbox"/> 55 anni | Figlio Sposato <i>(e relativo nucleo)</i> <input type="checkbox"/> fino a 45 anni | Figlio Sposato <i>(e relativo nucleo)</i> <input type="checkbox"/> da 46 a 55 anni | Convivente more uxorio <input type="checkbox"/> <i>(iscritto principale)</i> |

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge derivanti da mendaci dichiarazioni e false attestazioni, e dichiarando, sotto la propria responsabilità civile e penale ed ai fini del percepimento delle prestazioni economiche previste dallo Statuto, dal Regolamento e dai Piani sanitari di Assidai, che i componenti del proprio nucleo familiare sono di seguito elencati.

| COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE * | COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA | CODICE FISCALE | FIRMA PER VISIONE INFORMATIVA EX D.Lgs. 196/03 (di ciascun componente) |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|----------------|---|
| Coniuge | | | | | |
| Convivente more uxorio ** | | | | | |
| Figlio/a | | | | | |
| Figlio/a | | | | | |

* Allegare lo stato di famiglia; ** Allegare la dichiarazione attestante la convivenza.

LA FORMALIZZAZIONE DELL'ISCRIZIONE AVVERRA' DOPO IL PAGAMENTO DEL BOLLETTINO BANCARIO CHE VERRA' INOLTRATO DOPO LA VERIFICA E L'ACQUISIZIONE DEI DATI ANAGRAFICI RIPORTATI NEL PRESENTE MODULO.

DATA _____ **FIRMA** _____

SI APPROVANO SPECIFICAMENTE: ARTICOLO 15 DELLO STATUTO E 2, 4, 6, 7, 8 e 9 DEL REGOLAMENTO ASSIDAI

DATA _____ **FIRMA** _____

Il sottoscritto, 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).

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

FIRMA _____

SI PREGA DI INVIARE IL PRESENTE MODULO COMPILATO E FIRMATO A:
FIMO
Via Nicola Martelli, 3 | 00197 Roma - Tel. 06 80691593 | Fax 06 80687266 | e-mail: fimo@siot.it