COMPILARE E INVIARE (ALLEGANDO COPIA DEL VERSAMENTO) ANCHE VIA FAX AL NUMERO 06.44.252.612

MODULO DI ISCRIZIONE QUADRI E CONSULENTI 2010 IN FORMA INDIVIDUALE

ASSIDAI

FONDO DI ASSISTENZA PER I DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

Via Ravenna 14 - 00161 Roma - Tel.199.41.81.81 (Customer Service) - info: www.assidai.it

Il sottoscritto _____ nato il _____ tel. _____

Via _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Fax _____ E-mail _____ C.F. _____

Azienda _____ con la qualifica di **quadro** ☐ **consulente (ex dirigente, ex quadro)** ☐

Codice Iban (per l'accredito dei rimborsi) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

- di essere iscritto, in quanto quadro a **Federmanager Quadri** ☐ o in quanto consulente a **Federprofessional** ☐
- di aver preso visione, presso la propria azienda e/o presso i Vostri Uffici e/o presso Federmanager Quadri e/o presso Federprofessional, e/o il sito www.assidai.it, del vostro Statuto e dei Piani Sanitari Assidai che regoleranno il nostro rapporto contrattuale, nonché delle comunicazioni dell'intermediario assicurativo Praesidium S.p.a.
- di aver acquisito, tramite **Assidai**, **Federmanager Quadri** / sito **www.assidai.it**, la Vostra informativa relativa al **D. Lgs. 196/03** e di esprimere il consenso al trattamento da parte Vostra, dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 4 del D. lgs. 196/03, vale a dire i dati idonei a rivelare l'adesione a Sindacati, Associazioni a carattere sindacale, nonché lo stato di salute. Esprime altresì consenso alla comunicazione dei dati in questione ai soggetti terzi, e, comunque ai soggetti da Voi indicati nella predetta informativa, nei limiti in cui detta comunicazione sia stata effettuata per il conseguimento dei Vostri fini.
- di aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascuno dei soggetti maggiorenni indicati nel riquadro sottostante.

DICHIARA DI SCEGLIERE LA/E SEGUENTE/I OPZIONE/I DEL CUI CONTENUTO HA PRESO ATTO

OPZIONI PER L'ISCRIZIONE IN FORMA INDIVIDUALE - CONTRIBUTI ANNO/NUCLEO FAMILIARE

BASE SOSTITUTIVA	☐ *Fino a 50 anni* **€ 385** ☐ *Oltre 50 anni* **€ 485**	**RICOVERI SOSTITUTIVA**	☐ *Fino a 50 anni* **€ 620** ☐ *50/60 anni* **€ 987** ☐ *60/70 anni* **€ 1.559**	**ARCOBALENO SOSTITUTIVA**	☐ *Fino a 50 anni* **€ 1.191** ☐ *50/60 anni* **€ 1.575** ☐ *60/70 anni* **€ 2.296**	**PENSIONATI SOSTITUTIVA**	☐ **€ 3.024**

OPZIONE FAMILIARI (accessoria a tutte le opzioni di cui sopra)

FIGLIO (figli 26/45enni risultanti dallo stato di famiglia)

☐ **€ 444** (figli fino a 35 anni) ☐ **€ 462** (figli 35/45enni)

DICHIARA CHE LE PERSONE CHE RIENTRANO NELLE OPZIONI DI CUI SOPRA SONO LE SEGUENTI.

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE *	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	FIRMA PER IL CONSENSO EX D. Lgs. 196/03 (di ciascun componente del nucleo familiare)
Coniuge				
Convivente more uxorio **				
Figlio/a ***				
Figlio/a ***				
Figlio/a ***				

***Allegare: lo stato di famiglia; ** allegare la dichiarazione attestante la convivenza; *** barrare la casella se il figlio è iscritto all'opzione Familiari.**

Il versamento del contributo complessivo viene effettuato, contestualmente all'invio del presente modulo, mediante:

☐ Bonifico Bancario con valuta fissa, di cui si unisce fotocopia, con accredito presso:
Unicredit Banca di Roma - Via Ravenna, 31 - 00161 Roma - Coordinate IBAN IT 44 U 03002 03278 000400428062 - Codice B.I.C. BROMITR1125

Data _____ **Firma** _____

SI APPROVANO SPECIFICATAMENTE GLI ARTT. 14, 16, 18, 20, 21, 23 E 25 DELLO STATUTO.

Data _____ **Firma** _____