

**Modulo di richiesta di prima adesione al Fondo Assistenza Previdir**Ragione Sociale  
*(denominazione completa dell'Azienda)*

Sede Legale

Codice Fiscale/Partita Iva

Indirizzo PEC

Referente Aziendale

Tel. / Cell.

E-mail

Si richiede l'adesione della nostra Azienda al Fondo Assistenza Previdir con effetto dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Si dichiara di aver preso visione dello Statuto del Fondo Assistenza Previdir, di conoscere ed accettare la disciplina dei Programmi cui la nostra Azienda intende iscriversi.

*(Selezionare i Programmi compilando i relativi moduli contenenti tutti i dati richiesti)*

- Programma 1a) Assistenza Sanitaria Integrativa – modulo iscrizione**
- Programma 1b) Sindromi Influenzali di natura Pandemica – modulo iscrizione**
- Programma 2a) Infortuni – modulo iscrizione**
- Programma 2b) Invalidità Permanente da Malattia – modulo iscrizione**
- Programma 3a) Vita (Caso Morte) – modulo iscrizione**
- Programma 3b) Vita (Caso Morte e Invalidità Permanente Totale da qualsiasi causa) – modulo iscrizione**
- Programma 4) Long Term Care – modulo iscrizione**
- Programma 5a) Missioni Temporanee all'estero – Travel 24h – modulo iscrizione**
- Programma 5b) Missioni Definitive all'estero – Expatriate Care – modulo iscrizione**
- Programma 6) Welfare – Servizio di Rimborso prestazioni Sanitarie – modulo iscrizione**

Si dichiara di conoscere e accettare il contenuto dell'[Informativa Previdir](#) in materia di trattamento dei dati personali (art.13 Regolamento UE 2016/679).**Si resta in attesa della conferma di accettazione della presente richiesta e di conoscere l'ammontare dei contributi e delle quote associative da versare.**

Luogo e data

Timbro e Firma  
Legale Rappresentante**Allegati:**

- copia recente dell'iscrizione alla CCIAA oppure, per Associazioni e Federazioni copia dello Statuto e dell'Atto Costitutivo, per gli Studi professionali l'elenco aggiornato degli Associati
- moduli di iscrizione ai singoli Programmi

**N.B.***(Il modulo dovrà essere trasmesso secondo una delle seguenti modalità)***firmato digitalmente** tramite:

- PEC: [moduliprevidir@pec.it](mailto:moduliprevidir@pec.it) (solo da indirizzo PEC)
- E-MAIL: [previdironline@previdir.it](mailto:previdironline@previdir.it)

**formato cartaceo con firma in originale a:**Fondo Assistenza Previdir  
Via Andrea Noale, 206  
00155 Roma*anticipandone copia via mail a [previdironline@previdir.it](mailto:previdironline@previdir.it)*

**Modulo di iscrizione al Programma 3a)  
VITA – Caso Morte  
"Protezione famiglia"**

Ragione Sociale  
*(denominazione completa dell'Azienda)*

Codice Fiscale/Partita Iva

Si richiede l'iscrizione al Programma Per le categorie di seguito indicate:

Categorie		Numero Iscritti
<input type="checkbox"/>	Amministratori, Soci, Titolari, ecc...	
<input type="checkbox"/>	Dirigenti	
<input type="checkbox"/>	Quadri	
<input type="checkbox"/>	Impiegati	
<input type="checkbox"/>	Operai	
<input type="checkbox"/>	Collaboratori	

Ai fini dell'**identificazione degli iscritti e delle relative somme da assicurare** ci avvaliamo della seguente **modalità di trasmissione** dei dati:

- Compilazione del modulo allegato*
- Trasmissione in formato elettronico secondo le specifiche fornite dal Fondo (le procedure andranno concordate direttamente con il Fondo)*

Luogo e data

Timbro e Firma  
Legale Rappresentante

**Elenco degli iscritti e delle relative somme da assicurare  
 Programma 3a) VITA – Caso Morte  
 "Protezione famiglia"**

(Tutti i campi sono obbligatori)

N°	DATI ANAGRAFICI	DOCUMENTO	Qual*	CAPITALE
1	Nome e Cognome	Tipo Doc.		,00
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		
2	Nome e Cognome	Tipo Doc.		,00
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		
3	Nome e Cognome	Tipo Doc.		,00
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		
4	Nome e Cognome	Tipo Doc.		,00
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		
5	Nome e Cognome	Tipo Doc.		,00
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		
6	Nome e Cognome	Tipo Doc.		,00
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		
7	Nome e Cognome	Tipo Doc.		,00
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		
8	Nome e Cognome	Tipo Doc.		,00
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		

9	Nome e Cognome	Tipo Doc.		
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		

,00

10	Nome e Cognome	Tipo Doc.		
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		

,00

11	Nome e Cognome	Tipo Doc.		
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		

,00

12	Nome e Cognome	Tipo Doc.		
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		

,00

13	Nome e Cognome	Tipo Doc.		
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		

,00

14	Nome e Cognome	Tipo Doc.		
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		

,00

15	Nome e Cognome	Tipo Doc.		
	C. F.	N. Doc.		
	Residenza	Data rilascio		
	CAP                      Provincia	Rilasciato da		

,00

\* **Qualifiche:** **A:** Amministratori, Soci, Titolari, ecc... – **B:** Dirigenti – **C:** Quadri – **D:** Impiegati – **E:** Operai – **F:** Collaboratori

Luogo e data

Timbro e Firma  
 Legale Rappresentante