

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 ___/___/___

- **Programma 1b) Sindromi Influenzali di natura Pandemica**

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.

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:
 - o PEC: moduliprevidir@pec.it (solo da indirizzo PEC)
 - o E-MAIL: previdironline@previdir.it
- **formato cartaceo con firma in originale (anticipandone copia via mail a previdironline@previdir.it) a:**

Fondo Assistenza Previdir
Via Andrea Noale, 206
00155 Roma

Gli altri Programmi del Fondo:

- [Assistenza Sanitaria Integrativa](#)
- [Infortuni](#)
- [Invalidità Permanente da Malattia](#)
- [Vita \(Caso Morte\)](#)
- [Vita \(Caso Morte\) – TCM "Protezione famiglia"](#)
- [Vita \(Caso Morte e Invalidità Permanente Totale da qualsiasi causa\)](#)
- [Long Term Care](#)
- [Missioni Temporanee all'estero – Travel 24h](#)
- [Missioni Definitive all'estero – Expatriate Care](#)
- [Welfare – Servizio di Rimborso prestazioni Sanitarie](#)

Modulo di richiesta di iscrizione al Programma 1b)
Sindromi Influenzali di natura Pandemica

Ragione Sociale
(denominazione completa dell'Azienda)

Codice Fiscale/Partita Iva

Si richiede l'iscrizione per le **categorie** di seguito indicate, per l'**opzione prescelta**:

Categorie	Numero iscritti	Opzioni
Dirigenti		
Quadri		
Impiegati		
Operai		
Titolari, Amministratori, Legali rappresentanti, Soci		
Collaboratori		
Categ. "Speciali"*		
TOTALE		

Ai fini dell'**identificazione degli iscritti** del Programma di assistenza prescelto e dei rispettivi nuclei familiari, laddove previsti, ci avvaliamo della seguente **modalità di trasmissione** dei dati:

- Compilazione, a cura di ciascun iscritto, del modulo allegato: [Dichiarazioni di nucleo familiare](#)*
- Trasmissione in formato elettronico secondo le specifiche fornite dal Fondo (le procedure andranno concordate direttamente con il Fondo)*

***Categorie "Speciali":**

Operatori socio-sanitari (OSS), personale medico, paramedico, infermieri, professioni sanitarie, dipendenti di farmacie, personale delle Forze dell'Ordine, membri della Protezione Civile o persone ad essa collegate.

Luogo e data

Timbro e Firma
Legale Rappresentante

**Modulo di iscrizione del Nucleo familiare al:
Programma 1b) Sindromi Influenzali di natura Pandemica**

Spettabile
 Fondo Assistenza Previdir
 Via Andrea Noale, 206
 00155 Roma

Il sottoscritto		Codice Fiscale	
in qualità di ⁽¹⁾		della	
residente in (Via, Piazza)			
Città		Prov.	CAP
Tel	E-mail		

(1) Titolare, Legale rappresentante, Membro di C.d.A., Dirigente, Quadro, Impiegato, Operaio, Consulente.

Dichiara:

- di aver preso visione e di accettare la disciplina del Programma di Assistenza Sanitaria Integrativa;
- che il proprio nucleo familiare, ai fini dell'assistenza E' CONFORME ALLA DEFINIZIONE PREVISTA NEL REGOLAMENTO A CUI L'OPZIONE PRESCELTA SI RIFERISCE, ed è composto come di seguito indicato:

(Tutti i campi sono obbligatori)

Grado di parentela * (rispetto all'iscritto)	Cognome e Nome	Codice fiscale	Opzione Prescelta	Firma per consenso **
Iscritto ***				

* Si prega di identificare i familiari non a carico o non Assistiti da FASI, FASDAC ed equivalenti citando, accanto al grado di parentela, la dizione NAC.

** La firma deve essere apposta dall'interessato ovvero da chi esercita la patria potestà.

*** Inserire i dati dell'iscritto.

CONSENSO

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati

Il sottoscritto, in relazione alla richiesta di iscrizione al Programma "Assistenza Sanitaria Integrativa", formulata al Fondo Assistenza Previdir, preso atto della [Nota informativa](#) di cui all'articolo 13 del Regolamento che conferma di conoscere, esprime il consenso, attraverso la firma apposta in calce, al trattamento di tutti i dati personali ad esso relativi per le finalità e secondo le modalità indicate nella nota informativa medesima.

Ai fini dell'accreditamento di eventuali rimborsi, il sottoscritto fornisce qui di seguito i dati del proprio c/c bancario:

N.B.

(Il conto corrente da indicare deve essere quello dell'Iscritto)

Banca										Agenzia									
IBAN (27 cifre alfanumeriche)																			

Luogo e data

Firma dell'Iscritto
