

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 3b) Vita (Caso Morte) – TCM "Protezione famiglia"**

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](#)
- [Sindromi Influenzali di natura Pandemica](#)
- [Infortuni](#)
- [Invalidità Permanente da Malattia](#)
- [Vita \(Caso Morte\)](#)
- [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 iscrizione al Programma
3b) VITA – Caso Morte
TCM "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 3b) VITA – Caso Morte
 TCM "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