

Modulo di richiesta di adesione ai Piani Sanitari Individuali

Cognome e Nome		
Residenza		
Nato il	Luogo di nascita	Prov.
Codice Fiscale		
Telefono		
E-mail		
Azienda d'appartenenza iscritta a Previdir:		

Autorizzazione proseguimento volontario, da compilarsi a cura dell'azienda associata di provenienza:

<p>L'Azienda</p> <p><i>prosecuzione volontaria della copertura assicurativa Rimborso Spese Mediche con costo a totale carico del richiedente. Il versamento verrà effettuato direttamente dal richiedente, restando l'azienda sollevata da qualsiasi onere di carattere amministrativo e pecuniario.</i></p> <p>Data / /</p>	<p><i>rilascia nulla osta per l'attivazione o la</i></p> <p><i>Firma</i></p>
---	---

Richiedo l'adesione con effetto dal / /

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto del Fondo Assistenza Previdir, di conoscere ed accettare la disciplina dei Piani sanitari a cui intendo iscrivermi.

Dichiaro di conoscere e accettare il contenuto dell'Informativa Previdir in materia di trattamento dei dati personali (art.13 Regolamento UE 2016/679).

Resto in attesa della conferma di accettazione della presente richiesta e di conoscere l'ammontare del contributo da versare.

Luogo e data

Firma


Allegato:


modulo di richiesta di adesione ai Piani Sanitari Individuali, trasmesso digitalmente ai seguenti indirizzi mail:

- o PEC: adesioniprevidir@pec.it (solo da indirizzo PEC)
- o E-MAIL: previdironline@previdir.it

**Modulo di richiesta di adesione ai
PIANI SANITARI INDIVIDUALI**

Si richiede l'iscrizione per l'opzione prescelta:

 SALUTE xTe	CONTRIBUTO ANNUALE*			
	SINGLE		NUCLEO	
SMALL		€ 356,00		€ 740,00
MEDIUM		€ 614,72		€ 1.280,72
LARGE		€ 1.070,48		€ 2.186,00
XL		€ 1.178,00		€ 2.468,24

 SMILE xTe	CONTRIBUTO ANNUALE*			
	SINGLE		NUCLEO	
SMALL		€ 152,00		€ 380,00
MEDIUM		€ 302,00		€ 728,00
LARGE		€ 542,00		€ 1.322,00
XL		€ 854,00		€ 2.078,00

*Comprensivo di quota annuale di adesione al Fondo (€ 2,00)

Luogo e data

Firma

Modulo di richiesta di adesione ai
PIANI SANITARI INDIVIDUALI

Spettabile
Fondo Assistenza Previdir
Via Andrea Noale, 206
00155 Roma

DICHIARAZIONE DI NUCLEO FAMILIARE

Il sottoscritto		Codice Fiscale
residente in		
Tel	E-mail	

Dichiara:

- di aver preso visione e di accettare la disciplina dei Piani Sanitari Individuali;
- che il proprio nucleo familiare 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	Luogo e data di nascita	Firma per consenso *
Iscritto **				

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

** Inserire i dati del Capo nucleo

CONSENSO

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

Il sottoscritto, in relazione alla richiesta di iscrizione ai Piani Sanitari Individuali, 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.

Luogo e data

Firma dell'Iscritto
