

IL / LA SOTTOSCRITTO / A (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**Importante - Coordinate bancarie: codice IBAN e codice BIC/SWIFT per l'accredito dei rimborsi**

PAESE	CTRL	CIN	A.B.I.	C.A.B.	N. CONTO
I	T				
codice BIC/SWIFT (d'identificazione bancaria composto da 8 -11 caratteri)					

**RICHIESTE L'ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE FIO – FONDO INTEGRATIVO SSN ODONTOIATRI (ex Art. 5 dello Statuto)**

**COSTI PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE PER SECONDO SEMESTRE ANNO 2025 ( VALIDO DAL 01/07/2025 FINO AL 31/12/2025)**

<b>Quota associativa FIO</b> (da sommare all'Opzione prescelta)	<b>€ 20,00</b>			
<b>Opzione Prescelta</b>	<input type="checkbox"/> OPZIONE MINIMA	<input type="checkbox"/> OPZIONE MEDIA	<input type="checkbox"/> OPZIONE MASSIMA	<input type="checkbox"/> DREAD DISEASE
<input type="checkbox"/> Caponucleo con età fino a 40 anni	<b>€ 460,00</b>	<b>€ 1.581,00</b>	<b>€ 2814,00</b>	Garanzia facoltativa per il solo Odontoiatra fino all'età di 65 anni <b>€ 120,00</b>
<input type="checkbox"/> Caponucleo con età compresa tra 41 e 55 anni	<b>€ 543,00</b>	<b>€ 1.860,00</b>	<b>€ 3.522,00</b>	
<input type="checkbox"/> Caponucleo con età compresa tra 56 e 70 anni	<b>€ 631,00</b>	<b>€ 2.100,00</b>	<b>€ 3.958,00</b>	
<input type="checkbox"/> Caponucleo con età oltre a 71 anni	<b>€ 831,00</b>	<b>€ 3.623,00</b>	<b>€ 6.010,00</b>	
<b>Quota associativa € 20,00 + importo Opzione prescelta + eventuale Dread Disease = Totale € .....</b>				

Le condizioni del servizio sono consultabili nel sito dell'Assidim [www.assidim.it](http://www.assidim.it)

**Composizione del nucleo familiare** (come da Stato di Famiglia)

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO PARENTELA (*)	CODICE FISCALE

(\*) CONIUGE: CG - CONVIVENTE: CV - FIGLIO: FO - FIGLIA: FA - GENITORE CONVIVENTE: GC

- Per **Nucleo Familiare** si intende l'Associato avente diritto ad aderire al FIO – Fondo Integrativo SSN Odontoiatri nonché il coniuge, i figli anche non conviventi, purché fiscalmente a carico o se vi è l'obbligo di mantenimento, e di altri familiari, purché risultanti dallo stato di famiglia dell'Associato. È equiparato al coniuge il convivente more-uxorio, purché risultante dallo stato di famiglia. In qualsiasi momento il FIO – Fondo Integrativo SSN Odontoiatri o l'Assidim possono richiedere lo stato di famiglia.
- Con la sottoscrizione si accettano integralmente lo Statuto e il Regolamento dell'Associazione e, preso atto dei diritti riconosciuti all'interessato dall'art. 13 Legge 675/96, si acconsente al trattamento per tutti i dati qui forniti per le finalità e nei limiti necessari all'esecuzione dei servizi richiesti ed erogati.
- L'Associato dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra attestato corrisponde al vero, consapevole che la comunicazione mendace comporta la preclusione del servizio.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie IBAN per il bonifico:**

**VOGLIOTTI BROKER SRL** - Via Brofferio, 3 - 10121 Torino c/o Banca Intesa Sanpaolo - Filiale 01000 – Piazza San Carlo, 156 - 10121 Torino  
 Intermediario assicurativo delegato dal FIO - FONDO INTEGRATIVO SSN ODONTOIATRI all'incasso della quota associativa e delle opzioni dell'assistenza sanitaria

PAESE	CTRL	CIN	A.B.I.	C.A.B.	N. CONTO
I	T	34	V03069010001	00001	00000127834
codice BIC/SWIFT (d'identificazione bancaria composto da 8 -11 caratteri)					<b>B C I T I T M M X X X</b>

N.B.

Per l'utilizzo ideale del servizio chiamare la Sig.ra Dolza Arianna della Vogliotti Broker al tel. 011-884170