

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 2026 (VALIDO DAL 01/07/2026 FINO AL 31/12/2026)

Quota associativa FIO (da sommare all'Opzione prescelta)	€ 20,00			
Opzione Prescelta	☐ OPZIONE MINIMA	☐ OPZIONE MEDIA	☐ OPZIONE MASSIMA	☐ DREAD DISEASE
☐ Caponucleo con età fino a 40 anni	€ 460,00	€ 1.581,00	€ 2814,00	Garanzia facoltativa per il solo Odontoiatra fino all'età di 65 anni € 138,00
☐ Caponucleo con età compresa tra 41 e 55 anni	€ 543,00	€ 1.860,00	€ 3.522,00	
☐ Caponucleo con età compresa tra 56 e 70 anni	€ 631,00	€ 2.100,00	€ 3.958,00	
☐ Caponucleo con età oltre a 71 anni	€ 831,00	€ 3.623,00	€ 6.010,00	
Quota associativa € 20,00 + importo Opzione prescelta + eventuale Dread Disease = Totale €				

Le condizioni del servizio sono consultabili nel sito dell'Assidim 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	3	4	V	0
codice BIC/SWIFT (d'identificazione bancaria composto da 8 -11 caratteri)					
B C I T I T M M X X X					

N.B.

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