

(Modulo che il Richiedente deve consegnare, debitamente compilato e sottoscritto, alla propria Azienda - che lo trattiene)

Spett.le AZIENDA _____

IL / LA SOTTOSCRITTO / A		
(COGNOME E NOME)		
Personale di codesta Azienda		IN QUIESCENZA
N.Matricola	Nato/a a	il
residente in :		
via		
città		
provincia		
C.A.P.		
CODICE FISCALE		
CHIEDE		
<i>di essere iscritto alla CASDIC, e contestualmente dichiarando di conoscere ed accettare lo Statuto ed il Regolamento della Cassa già fornitogli dall'Azienda d'appartenenza, di essere consapevole e di accettare che le future eventuali modifiche e/o integrazioni a detto Statuto e Regolamento gli saranno comunicate in via esclusiva dalla stessa Azienda di appartenenza. Conseguentemente</i>		
CONSEQUENTEMENTE		
<i>chiede l'estensione della copertura assicurativa anche a ogni altro familiare convivente di seguito elencato. (* * *)</i>		
RAP.DI PARENTELA E ALTRI	COGNOME E NOME	DATA DI
<i>Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a rendere nota tempestivamente a codesta Spett.le Azienda - affinché la segnali alla C.A.S.DI.C. - ogni variazione alla presente comunicazione; autorizza, inoltre, codesta Azienda a trattenere sul proprio c/corrente l'importo relativo al contributo a proprio carico unitamente al premio per ogni altro familiare convivente, da versare alla Casdic secondo le modalità dalla stessa indicate.</i>		
<u>COORDINATE BANCARIE DELL'ASSISTITO PER L'ACCREDITO DEI RIMBORSI</u>		
CIN	ABI	CAB
		C/C
Intestatario		
DATA	FIRMA (* *)	
<i>Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. 30.06.2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), "ACCONSENTO" al trattamento dei dati personali, anche sensibili, miei e dei miei familiari (sopra indicati) di cui ho la rappresentanza legale. Acconsento, altresì, alla comunicazione dei suddetti dati ai soggetti (anche verso tutti i paesi esteri) coinvolti nel flusso operativo e precisamente Casdic, Società di Gestione, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, come specificato in apposito elenco, che potranno trattarli per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco o di cui beneficio , nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa</i>		
DATA	FIRMA (*)	

(* * *) N.B. per l'Azienda: Quanto sopra è solo indicativo; va sostituito con quanto previsto sull'argomento nella polizza sanitaria.

(* *) firma del richiedente l'iscrizione

(*) firma di tutti gli assistiti maggiorenni