

Alla cortese attenzione del  
FIAM - Fondo Integrativo Assistenza Malattia  
Via San Francesco d'Assisi, 8 24121 Bergamo  
Cod. ufficio H3974  
mail: [fondo.malattia@bancobpm.it](mailto:fondo.malattia@bancobpm.it)

## **ADESIONE AL CICLO DI CHECK-UP 2025/2026**

### **Adesione dell'Associato:**

.....  
(matr.) (cognome e nome dell'Associato) (recapito telefonico)

### **Adesione del Familiare iscritto al Fondo:**

.....  
(cognome e nome del Familiare) (data di nascita)

### **Scelta del Centro Medico:**

- |                          |                                       |                             |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Casa di Cura Beato Palazzolo          | Bergamo                     |
| <input type="checkbox"/> | Clinica San Francesco                 | Bergamo                     |
| <input type="checkbox"/> | Clinica Humanitas Castelli            | Bergamo                     |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Italia Monza                   | Monza                       |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Italia - Centro San Nicolò     | Como                        |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Data Medica                    | Padova                      |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Italia – Il Baluardo           | Genova                      |
| <input type="checkbox"/> | Fondazione Poliambulanza c.u. SABATO  | Brescia                     |
| <input type="checkbox"/> | Fondazione Poliambulanza c.u. VENERDI | Brescia (TUTTA LA GIORNATA) |
| <input type="checkbox"/> | H San Raffaele Resnati                | Milano                      |
| <input type="checkbox"/> | Centro Medico BIOS                    | Roma                        |

### **Autorizzazione di addebito:**

Il/La sottoscritto/a autorizza il FIAM Fondo Integrativo Assistenza Malattia ad addebitare, sul proprio conto corrente, il costo del Check-up, al netto della quota di rimborso (quota a carico del Fondo), come indicato nei "protocolli sanitari", di cui ho preso visione.  
In fede,

firma .....

### **Adesione di altri familiari, anche NON iscritti al Fondo (costo interamente a carico del richiedente):**

.....  
(cognome e nome) (data di nascita)

.....  
(cognome e nome) (data di nascita)