

(da inviare a mezzo raccomandata AR o telefax o e-mail a Ital Brokers S.p.A.)

CONTRAENTE: UNISIN FALCRI SILCEA

PERIODO DI ASSICURAZIONE:

dalle ore 24:00 della data di versamento del premio alle ore 24:00 del 31/12/2015

N.B. Le coperture scadranno alle ore 24.00 del 31/12/2015 indipendentemente dal giorno di adesione.

ASSICURATO

Cognome:	Nome:
Indirizzo (via, città, C.A.P.):	
Telefono:	Codice Fiscale:
E-mail:	

OPZIONE DI COPERTURA SCELTA:

Opzione scelta	Massimale R.C. ammanchi di cassa *	Massimale R.C. patrimoniale professionale **	Massimale R.C. capofamiglia	Somme Assicurate Infortuni	Premio annuo	Premio dopo il 30/06/15
() 1° opzione	6.000,00 €	_____	_____	Morte 10.000,00 € I.P. 30.000,00 €	78,00 €	43,00 €
() 2° opzione	6.000,00 €	150.000,00 €	100.000,00 €	Morte 10.000,00 € I.P. 30.000,00 €	140,00 €	80,00 €
() 3° opzione	8.000,00 €	250.000,00 €	100.000,00 €	Morte 10.000,00 € I.P. 30.000,00 €	160,00 €	90,00 €
() 4° opzione	10.000,00 €	500.000,00 €	100.000,00 €	Morte 10.000,00 € I.P. 30.000,00 €	180,00 €	100,00 €
() 5° opzione	10.000,00 €	750.000,00 €	100.000,00 €	Morte 10.000,00 € I.P. 30.000,00 €	265,00 €	150,00 €
() 6° opzione	10.000,00 €	1.000.000,00 €	100.000,00 €	Morte 10.000,00 € I.P. 30.000,00 €	350,00 €	200,00 €
() 7° opzione	_____	100.000,00 €	_____	_____	45,00 €	30,00 €
() 8° opzione	_____	150.000,00 €	_____	_____	50,00 €	35,00 €
() 9° opzione	_____	250.000,00 €	_____	_____	60,00 €	40,00 €
() 10° opzione	_____	750.000,00 €	_____	_____	210,00 €	80,00 €
() 11° opzione	_____	1.000.000,00 €	_____	_____	290,00 €	110,00 €

* AMMANCO DI CASSA: FRANCHIGIA € 50,00

** R.C. patrimoniale: scoperto 10% - minimo € 155,00 - massimo € 10.000,00 – **massimale per le spese legali € 5.165,00**

L'Assicurato richiede di aderire alla suindicata polizza convenzione, di cui dichiara di aver preso visione, per l'opzione di copertura crocesegnata e versa il premio corrispondente a mezzo bonifico, **allego in copia**, a favore di Ital Brokers S.p.A. – Banco Popolare – IT77U 05034 01415 000000000242 **con indicato Sindacato di appartenenza.**

Firma _____

Data _____

Il Sottoscritto, alla data di sottoscrizione della presente adesione, dichiara agli effetti dei disposti degli artt. 1982, 1983 e 1984 del Cod. Civ. di non essere a conoscenza di atti o fatti che possano far sorgere l'obbligo per la Società Assicuratrice al risarcimento di eventuali danni o perdite patrimoniali, cosciente che inesattezze contenute nella presente dichiarazione comportano l'ineroperatività delle garanzie della polizza cui intende aderire.

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (art. 23 D.Lgs 196/2003)

Sulla base dell'Informativa ricevuta in merito al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, da parte di UnipolSai, esprimo il mio consenso per gli specifici trattamenti in essa indicati, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa e al relativo trattamento da parte di questi ultimi.

Firma _____

Luogo e Data _____