

Prof.: UNICA/SNA/ /

Riservato Segreteria

A: Un.I.C.A.  
via delle Rupicole, 85  
00169 Roma

**Polizza assicurativa  
per la perdita di idoneità alla mansione specifica o l'infortunio  
Richiesta di adesione**

Cognome	Nome	
		<input type="checkbox"/> CTA   <input type="checkbox"/> FISO   <input type="checkbox"/> Altro:
Sede di appartenenza	Matricola	Categoria
Codice fiscale		

Avendo preso atto delle Condizioni Generali e Specifiche relative alla Polizza Assicurativa con riferimento alla copertura in caso di perdita dell'idoneità alla mansione specifica, il/la sottoscritto/a:

- aderisce alla succitata polizza con il seguente profilo\*:

<input type="checkbox"/> Infortunio [premio annuo €84,00]	<input type="checkbox"/> Infortunio plus [premio annuo €99,00]
<input type="checkbox"/> Base [premio annuo €120,00]	<input type="checkbox"/> Base plus [premio annuo €135,00]
<input type="checkbox"/> Intermedio [premio annuo €174,00]	<input type="checkbox"/> Intermed. plus [premio annuo €189,00]
<input type="checkbox"/> Avanzato [premio annuo €252,00]	<input type="checkbox"/> Avanz. plus [premio annuo €267,00]
<input type="checkbox"/> Indicare di seguito il numero componenti aggiuntivi del nucleo familiare ai quali si vuole estendere la copertura infortunio plus (premio annuo €99,00): Numero componenti ai quali si vuole estendere la copertura _____, totale premi componenti aggiuntivi € _____; Somma premi annuali da trattenere con le competenze di gennaio (premio fascia personale scelta più premi componenti aggiuntivi nucleo familiare) € _____	

- dichiara di aver provveduto al versamento della quota annuale utilizzando il modulo previsto per la trattenuta;
- accetta che l'iscrizione all'Organizzazione Sindacale Un.I.C.A. è requisito fondamentale per l'adesione alla polizza. In caso di decadenza di tale requisito decade altresì la copertura assicurativa e nessun rimborso parziale del premio versato è previsto;
- informato dei diritti previsti nel EU-GDPR 2016/679, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse allo svolgimento del contratto di assicurazione.

La polizza sottoscritta verrà tacitamente rinnovata alla scadenza annuale.

Il recesso può avvenire richiedendo, per iscritto entro e non oltre il 30 novembre, l'interruzione del rinnovo del profilo di polizza per la propria posizione; la copertura assicurativa rimane tuttavia operativa sino al termine dell'anno di sottoscrizione.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Luogo Data Firma leggibile

\* Per le coperture specifiche dei singoli profili fare riferimento alle Condizioni Generali consegnate in sede di adesione.