

Prof.: UNICA/SNA/ /

Riservato Segreteria

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

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

Cognome	Nome
Sede di appartenenza	Matricola
	<input type="checkbox"/> CTA   <input type="checkbox"/> FISO   <input type="checkbox"/> Altro:
	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"/> Inter. 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 (premio fascia personale scelta più premi componenti aggiuntivi nucleo familiare) € _____	

- effettua il versamento della quota annuale rimanente fino alla data di scadenza della polizza (9/2/19) tramite bonifico sul conto corrente intestato ad UNICA (IBAN: IT76S055840322200000004975) con causale "adesione polizza perdita di idoneità";
- compila, spedisce via posta e via mail in PDF all'indirizzo della segreteria nazionale tutti i moduli previsti (il qui presente ed i 2 questionari di Generali, tutti scaricabili dal sito di UNICA-AV);
- 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 del Decreto D.L.vo 196/03, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse allo svolgimento del contratto di assicurazione;
- la polizza sottoscritta sarà attivata a partire dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese in cui verranno compilati e consegnati i moduli previsti ed effettuato il bonifico del premio dovuto.

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 9 febbraio 2018.

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

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