

## ESTENSIONE PIANO SANITARIO BASE AL NUCLEO FAMILIARE

### Cassa Forense Iscritti - COMPILARE I CAMPI IN AZZURRO

da inviare firmato e compilato, unitamente alla copia del bonifico **entro e non oltre il 30/05/2014**, via mail a [assistentavendite@unisalute.it](mailto:assistentavendite@unisalute.it) o via fax al numero 051/7096906, Att. Ufficio Assistenza Vendite

**AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Vi ricordiamo che **in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo**, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). **Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati Unisalute – a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.**

Luogo e data	Nome e cognome del l'iscritto e C.F.	
	Firma dell'interessato	
Nome e cognome del Familiare 1* Firma dell'interessato	Nome e cognome del Familiare 2* Firma dell'interessato	
Nome e cognome del Familiare 3* Firma dell'interessato	Nome e cognome del Familiare 4* Firma dell'interessato	
Nome e cognome del Familiare 5* Firma dell'interessato	Nome e cognome del Familiare 6* Firma dell'interessato	
Nome e cognome del Familiare 7* Firma dell'interessato	Nome e cognome del Familiare 8* Firma dell'interessato	

\* Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti.

#### DATI ANAGRAFICI ISCRITTI

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Cod. Mecc. n° \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N° cell./tel. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

#### DATI ANAGRAFICI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Convivenza	Codice fiscale	Premio Piano Base
1)		Iscritto			Offerto da CASSA FORENSE
2)		Familiare 1*	SI NO		€ 140,00
3)		Familiare 2*	SI NO		€ 140,00
4)		Familiare 3*	SI NO		€ 140,00
5)		Familiare 4*	SI NO		€ 140,00
6)		Familiare 5*	SI NO		€ 140,00
7)		Familiare 6*	SI NO		€ 140,00
8)		Familiare 7*	SI NO		€ 140,00
<p><small>* Per nucleo familiare si intende il coniuge purché non divorziato, anche con residenza diversa e fino ad anni 90, il convivente "more uxorio" fino ad anni 90, i figli conviventi e i figli non conviventi fino ad anni 26 se studenti o per i quali vi è l'obbligo di mantenimento nonché tutti gli altri familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto.</small></p>					<p><b>TOT. €</b></p> <p>IMPORTE TOTALE DA VERSARE _____,00</p>

Dichiaro di aver preso visione dei contenuti del capitolato speciale – sezione polizza base.

Per l'iscritto la copertura è in continuità assicurativa sia nella forma diretta che nella forma rimborsuale.

Per i familiari, la copertura del Piano Base decorre in forma rimborsuale dalle ore 00 del 01/04/2014, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso da parte della compagnia del relativo premio.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'iscritto (leggibile) \_\_\_\_\_

**Per le modalità di pagamento prendere visione del modulo "Modalità di Pagamento"**