

Piani sanitari Inarcassa modulo di adesione

da compilare e firmare fronte e retro e trasmettere entrambi unitamente alla copia del bonifico e ai modelli Isvap 7A e 7B (scaricabili dal sito www.iaquinta.it), per raccomandata a Cattolica Assicurazioni – Agenzia Roma Grandi Rischi Via Savoia 82, 00198 Roma o al fax n. 064814905 o all'indirizzo di posta elettronica inarcassa@iaquinta.it

Termine delle adesioni: 31/03/2010

DATI ANAGRAFICI Pensionato Iscritto

Il/La sottoscritto/a _____ matricola Inarcassa _____

nato/a a _____ Prov. ____ il __/__/____ C.F. _____

residente in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. ____ CAP _____ telef./cell _____

indirizzo e-mail _____

Banca _____ IBAN _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Coniuge/convivente more uxorio

_____ C.F. _____ Luogo/data di nascita _____

Figlio/a _____ C.F. _____ Luogo/data di nascita _____

Figlio/a _____ C.F. _____ Luogo/data di nascita _____

Figlio/a _____ C.F. _____ Luogo/data di nascita _____

Figlio/a _____ C.F. _____ Luogo/data di nascita _____

• In qualità di iscritto/pensionato INARCASSA, comunico:

Polizza Base – Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi morbosi

di voler acquistare (per la prima volta) rinnovare

la estensione della copertura al mio nucleo familiare come sopra descritto

POLIZZA N. 2106/30/1001 Estensione nucleo familiare - premio annuo per nucleo € 161,50

Polizza integrativa Rimborso ricoveri e spese mediche

di voler acquistare (per la prima volta) rinnovare

la copertura assicurativa per me per i miei familiari sopra elencati

scegliendo le seguenti opzioni assicurative (*)

POLIZZA N. 2106/30/1004 Garanzia principale - premio annuo individuale € 627,00

POLIZZA N. 2106/30/1004 Garanzia principale + facoltativa - premio annuo individuale € 1.054,50

GARANZIA	1 membro	2 membri	3 membri	4 membri	
Principale	€ 627,00	€ 1065,90	€ 1504,80	€ 1881,00	(+ € 161,50)
Princ. + Facoltativa	€ 1054,50	€ 1792,65	€ 2530,80	€ 3163,50	(+ € 161,50)

(*) nel caso di inclusione del nucleo familiare i premi individuali sopra indicati verranno scontati in ragione dei componenti il nucleo familiare delle seguenti percentuali: 15% se il nucleo è composto da 2 persone, del 20% se composto da tre persone e del 25% se composto da 4 o più persone. Nel caso di variazione nella composizione del nucleo assicurato avvenuta in corso d'anno lo sconto non verrà applicato

MODALITA' DI PAGAMENTO E INFORMAZIONI GENERALI

Il premio totale (al netto di eventuali sconti per i familiari), pari a € _____,___, corrispondente alle adesioni/estensioni da me richieste, sarà pagato a mezzo bonifico bancario alla Banca Popolare di Verona – Roma Via Alessandria sul c/c 34367 intestato a Iaquinta Assicurazioni s.r.l.

IBAN IT79G051880320000000034367

Come requisito indispensabile ai fini delle coperture, la causale dovrà riportare: cognome e nome dell'iscritto/pensionato, numero di matricola e dicitura relativa al/i Piano/i acquistato/i.

Si segnala che in caso di rinnovo o di acquisto dell'estensione al nucleo familiare della polizza base, pervenuta entro il 31/03/2010 via fax, mail o raccomandata e dopo aver eseguito il bonifico di pagamento del premio annuo, la copertura sarà operativa dalle ore 00.00 del **1 gennaio 2010**; in caso di acquisto delle polizze integrative la copertura sarà operativa dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, considerando i termini di carenza descritti alle condizioni contrattuali (Polizza Integrativa Condizioni Generali artt. A.1-A.2 e punto C Polizza Base).

Luogo e data

Nome e Cognome (in stampatello)

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni

Preso visione del contenuto della nota informativa relativa al trattamento dei dati personali (consultabile sul sito www.iaquinta.it):

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi

Per poter emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, nonché all'eventuale redistribuzione del rischio, e per adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, è **necessario che Lei consenta** per iscritto a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di:

- utilizzare i Suoi dati personali, compresi quelli sensibili;
- comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'informativa;
- trasferirli all'estero.

CONSENSO SI NO

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi statistici, informativi e promozionali

Inoltre, come già specificato, Lei può decidere liberamente di dare o meno il Suo consenso a Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa per l'utilizzo dei Suoi dati personali (a esclusione di quelli sensibili) per scopi statistici, informativi e promozionali; tale consenso è utile per migliorare i servizi e farLe conoscere nuovi prodotti della nostra azienda e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

Le ribadiamo che il Suo consenso è del tutto facoltativo e il Suo rifiuto non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

In particolare, Lei può consentire a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di utilizzare i Suoi dati personali (a esclusione di quelli sensibili) per:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche, anche tramite società terze incaricate delle suddette operazioni;
- realizzare iniziative promozionali;
- comunicarli alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, per lo svolgimento delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

CONSENSO SI NO

Luogo e data _____

Nome e cognome (leggibile)

Firma
