

MODULO ADESIONE POLIZZA INFORTUNI UNIPOL
(integrazione delle garanzie previste dal tesseramento alla F.G.I.)

Da inviare a SDM Salute scrìl:

- o a mezzo fax al n. 06.87817096

- o a mezzo e-mail sdmsalute@gmail.it

Allegando fotocopia del bonifico effettuato di Euro 8,00 (Media) o di Euro 25,00 (Top)

Oggetto: adesione alla polizza UNIPOL SAI infortuni 196972264

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ CF _____

residente in Via/Piazza _____ n _____

Città _____ Prov. _____

Tel. _____ e-mail (obbligatoria) _____

ADESIONE:

○ **Formula Media 8,00 euro** (aggiunge i seguenti massimali alle garanzie già previste dal tesseramento alla F.G.I.)
Morte: 20.000 euro - Invalidità Permanente 20.000 euro (Franchigia al 5%) - Diaria ricovero 25,00 euro

○ **Formula Top 25,00 euro** (aggiunge i seguenti massimali alle garanzie già previste dal tesseramento alla F.G.I.)
Morte: 20.000 euro - Invalidità Permanente: 70.000 euro (Franchigia al 5%) - Diaria ricovero e da gessatura 25,00 euro

dichiara di aver effettuato in data _____ il versamento di € 8,00 o di € 25,00 sul conto corrente N. 10584 INTESA (IBAN IT47N0306905036100000010584) intestato a "SDM Salute scrìl", quale costo del premio assicurativo annuo per la copertura integrativa "infortuni" operante dalle ore 24 del giorno di valuta beneficiario del bonifico fino al 31/12.

firma _____

Ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101. si dichiara di essere informati che:

- l'invio dei dati contenuti nel presente modulo è finalizzato alla gestione della copertura assicurativa relativa alla polizza in oggetto;
- il conferimento dei dati è indispensabile ai fini della gestione della copertura;
- il rifiuto al conferimento non consente la gestione della copertura;
- i soggetti o le categorie di soggetti cui possono essere comunicati i dati sono:

1) la Compagnia assicurativa UNIPOLSAI

2) la Federazione Ginnastica d'Italia.

- i diritti dell'interessato sono quelli previsti Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101.

Si dichiara di:

o consentire

o non consentire

al trattamento dei dati contenuti nel presente modulo.

data _____ firma _____