



MODULO DI ADESIONE VOLONTARIA

Convenzione EMAPI numero 273669576

Mod. 2c / 08

Compilare con attenzione il modulo in ogni sua parte, in particolare è indispensabile compilare l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e l'autocertificazione dello stato di famiglia.

Per l'attivazione della polizza, il presente modulo, unitamente alla ricevuta di pagamento, dovrà essere anticipato via fax al numero 06.4425.2624 o via e-mail a info@emapi.it e successivamente dovrà essere inviato in originale tramite posta a:

EMAPI - Via Lazzaro Spallanzani, 24 - 00161 Roma,

<input type="checkbox"/> Nuova adesione	<input type="checkbox"/> Rinnovo
Il sottoscritto (Nome e Cognome)	
Nato/a il a C.F.	
Indirizzo Cap Città Prov.	
Indirizzo e mail Numero di Tel/Fax	
<input type="checkbox"/> A) Pensionato dell'ENPAP (deve essere pensionato da non più di due anni dalla data di adesione dell'ENPAP alla Convenzione EMAPI) e quindi dopo il 15/04/2005.	
<input type="checkbox"/> B) Dipendente dell'ENPAP.	
<input type="checkbox"/> C) Superstite/Erede di.....	

Aderisce da solo

Aderisce con il proprio nucleo familiare

Le garanzie sottoscritte devono essere le medesime per l'iscritto ed il proprio nucleo familiare.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (art.46 - lettera l, m, n - D.P.R.28 dicembre 2000, n.445)

Composizione nucleo	Nome e Cognome	Codice fiscale	Luogo e data di Nascita
Coniuge/Convivente			
Figlio/a			

Autorizzazione al trattamento dei dati personali secondo l'Art. 13 D.Lgs. 196/2003

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto in ogni sua parte dall'Interessato al trattamento dei dati. Con la sottoscrizione del presente modulo si dichiara di aver ricevuto da EMAPI l'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, disponibile sul sito internet www.emapi.it, e di averne comunque preso visione e si fornisce il consenso al trattamento dei dati personali da parte di EMAPI anche con riferimento a quelli di cui al presente modulo di adesione.

(Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti)

Luogo e Data.....Nome e Cognome del titolare.....

Firma.....

COMPILARE SOLO PER ESTENSIONE DELLA GARANZIA AL NUCLEO FAMILIARE

Nome e Cognome del coniuge (o more uxorio) Firma.....

Nome e Cognome figlio/a Firma.....

Garanzia per la quale si richiede la copertura

GARANZIA "A" – Grandi interventi chirurgici e Gravi eventi morbosi

GARANZIA "B" – Globale

(assicurazione integrativa rimborso spese per ricovero, extraospedaliere, domiciliari, e delle cui condizioni dichiara di aver preso visione)

Dichiara di aver preso visione delle condizioni generali della Convenzione stipulata da EMAPI con ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A., della nota informativa precontrattuale e si impegna a consegnarne copia ai propri familiari per i quali richiede l'inserimento in copertura.

Le condizioni e la nota informativa di cui trattasi sono visionabili sul sito www.emapi.it.

Si impegna a pagare il contributo per l'annualità assicurativa che va dal 16 aprile 2008 al 15 aprile 2009, con riferimento agli importi sotto riportati.

CONTRIBUTI DA VERSARE

(si prega di barrare la casella del contributo da corrispondere)

	GARANZIA "A"	GARANZIA "A + B"
Iscritto	<input type="checkbox"/> Euro 74,50	<input type="checkbox"/> Euro 706,00
Iscritto + 1 familiare	<input type="checkbox"/> Euro 117,50	<input type="checkbox"/> Euro 1.033,00
Iscritto + 2 familiari	<input type="checkbox"/> Euro 160,50	<input type="checkbox"/> Euro 1.297,00
Iscritto + 3 o più familiari	<input type="checkbox"/> Euro 160,50	<input type="checkbox"/> Euro 1.518,00

Luogo e Data..... Firma del titolare

Modalità di pagamento

Il pagamento potrà essere effettuato a mezzo bonifico bancario a favore di:

EMAPI

C/C N. 7777/21

BANCA POPOLARE DI SONDRIO

CODICE IBAN IT74 F056 9603 2110 0000 7777 X21

La causale dovrà riportare **CODICE FISCALE** e **NOME E COGNOME DELL'ISCRITTO TITOLARE**