

**MODULO DI ADESIONE VOLONTARIA
per professionista o pensionato in attività****Convenzione EMAPI numero 273669576**

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,

☐ Nuova adesione	☐ Rinnovo
Il sottoscritto (Nome e Cognome).....	
Nato/a il a C.F.	
Indirizzo.....Cap..... Città..... Prov.	
Indirizzo e mail.....Numero di Tel/Fax.....	
Professionista o Pensionato in attività iscritto all'ENPAP	

- ☐ **Aderisce da solo all'ampliamento della garanzia B** ☐ **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			
Figlio/a			
Figlio/a			
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.....

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

Nome e Cognome figlio/a 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"	GARANZIA "A+B" in caso di familiare, oltre all'iscritto titolare, appartenente ad ENPAP (in regola con versamenti contributivi)
Iscritto	Contributo versato dalla Cassa	☐ Euro 631,50	
Iscritto + 1 familiare	☐ Euro 53,00	☐ Euro 968,50	☐ Euro 925,50
Iscritto + 2 familiari	☐ Euro 96,00	☐ Euro 1.232,50	☐ Euro 1.189,50
Iscritto + 3 o più familiari	☐ Euro 96,00	☐ Euro 1.453,50	☐ Euro 1.410,50

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**