

**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. 0689280925 o all'indirizzo di posta elettronica inarcassa@iaquinta.it

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 _____

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. 2106/30/1011 **Estensione nucleo familiare - premio annuo per nucleo** € 244,00

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. 2106/30/1015 **Garanzia principale** - premio annuo individuale € 822,00

POLIZZA N. 2106/30/1015 **Garanzia principale + facoltativa** - premio annuo individuale € 1.383,00

GARANZIA	1 membro	2 membri	3 membri	4 membri	
Principale	€ 822,00	€ 1.397,40	€ 1.972,80	€ 2.466,00	(+ € 244,00)
Princ. + Facoltativa	€ 1.383,00	€ 2.351,10	€ 3.319,20	€ 4.149,00	(+ € 244,00)

(*) 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.

I premi della polizza integrativa per gli iscritti in corso d'anno sono frazionabili in ragione dei mesi effettivi di copertura mancanti alla scadenza del contratto al 31 dicembre.

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 IT15X0503403221000000034367

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 acquisto dell'estensione al nucleo familiare della polizza base, pervenuta entro il termine 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 giorno del pagamento del premio; in caso di acquisto delle polizze integrative la copertura sarà operativa dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo al pagamento del premio, secondo le condizioni contrattuali (Polizza Integrativa Condizioni Generali art. 13.2 e punto D Polizza Base – Procedure polizza Inarcassa).

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

Presa 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
