

MODULO A



ESTENSIONE PIANO SANITARIO BASE AL NUCLEO FAMILIARE

Cassa Forense Iscritti - COMPILARE I CAMPI IN AZZURRO

da inviare firmato e compilato, unitamente alla copia del bonifico **entro e non oltre il 30/05/2014**, via mail a assistenzavendite@unisalute.it o via fax al numero 051/7096906, Att. Ufficio Assistenza Vendite

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Vi ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati UniSalute – a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data	Nome e cognome del l'iscritto e C.F. Firma dell'interessato	
Nome e cognome del Familiare 1* Firma dell'interessato	Nome e cognome del Familiare 2* Firma dell'interessato	
Nome e cognome del Familiare 3* Firma dell'interessato	Nome e cognome del Familiare 4* Firma dell'interessato	
Nome e cognome del Familiare 5* Firma dell'interessato	Nome e cognome del Familiare 6* Firma dell'interessato	
Nome e cognome del Familiare 7* Firma dell'interessato	Nome e cognome del Familiare 8* Firma dell'interessato	

* Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti.

DATI ANAGRAFICI ISCRITTI

Io Sottoscritto/a _____ C.F. _____
 Cod. Mecc. n° _____ Nato a _____ Prov. _____ il _____
 Via/Piazza _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____
 N° cell./tel. _____ Mail _____

DATI ANAGRAFICI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Convivenza		Codice fiscale	Premio Piano Base
1)		Iscritto				Offerto da CASSA FORENSE
2)		Familiare 1*	SI	NO		€ 140,00
3)		Familiare 2*	SI	NO		€ 140,00
4)		Familiare 3*	SI	NO		€ 140,00
5)		Familiare 4*	SI	NO		€ 140,00
6)		Familiare 5*	SI	NO		€ 140,00
7)		Familiare 6*	SI	NO		€ 140,00
8)		Familiare 7*	SI	NO		€ 140,00
* Per nucleo familiare si intende il coniuge purché non divorziato, anche con residenza diversa e fino ad anni 90, il convivente "more uxorio" fino ad anni 90, i figli conviventi e i figli non conviventi fino ad anni 26 se studenti o per i quali vi è l'obbligo di mantenimento nonché tutti gli altri familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto.						TOT. €
IMPORTO TOTALE DA VERSARE						,00

Dichiaro di aver preso visione dei contenuti del capitolato speciale – sezione polizza base.

Per l'iscritto la copertura è in continuità assicurativa sia nella forma diretta che nella forma rimborsuale.

Per i familiari, la copertura del Piano Base decorre in forma rimborsuale dalle ore 00 del 01/04/2014, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso da parte della compagnia del relativo premio.

Luogo e data _____ Firma dell'iscritto (leggibile) _____

Per le modalità di pagamento prendere visione del modulo "Modalità di Pagamento"

MODULO A



ADESIONE PIANO SANITARIO BASE ED ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE

Cassa Forense Pensionati non iscritti e Superstiti - COMPILARE I CAMPI IN AZZURRO

da inviare firmato e compilato, unitamente alla copia del bonifico entro e non oltre il 30/05/2014, via mail a assistenzevendite@unisalute.it o via fax al numero 051/7096906, Att. Ufficio Assistenza Vendite

AFFINCHE' UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Vi ricordiamo che **in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo**, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati UniSalute – a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data	Nome e cognome del titolare di polizza e C.F.	
	Firma dell'interessato	
Nome e cognome del coniuge/convivente Firma dell'interessato	Nome e cognome del familiare 1* Firma dell'interessato	
Nome e cognome del familiare 2* Firma dell'interessato	Nome e cognome del familiare 3* Firma dell'interessato	

* Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti.

DATI ANAGRAFICI PENSIONATO NON ISCRITTO / SUPERSTITE

Io Sottoscritto/a _____ C.F. _____

Cod. Mecc. n° _____ Nato a _____ Prov. _____ il _____

Via/Piazza _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____

N° cell./tel. _____ Mail _____

DATI ANAGRAFICI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Convivenza		Codice fiscale	Premio Piano Base
1)		Pens./Sup.				€ 140,00
2)		Familiare 1*	SI	NO		€ 140,00
3)		Familiare 2*	SI	NO		€ 140,00
4)		Familiare 3*	SI	NO		€ 140,00
5)		Familiare 4*	SI	NO		€ 140,00
6)		Familiare 5*	SI	NO		€ 140,00
7)		Familiare 6*	SI	NO		€ 140,00
8)		Familiare 7*	SI	NO		€ 140,00

* Per nucleo familiare si intende il coniuge purché non divorziato, anche con residenza diversa e fino ad anni 90, il convivente "more uxorio" fino ad anni 90, i figli conviventi e i figli non conviventi fino ad anni 26 se studenti o per i quali vi è l'obbligo di mantenimento nonché tutti gli altri familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia del pensionato/superstite.

TOT.
IMPORNO TOTALE DA VERSARE € _____,00

Dichiaro di aver preso visione dei contenuti del capitolato speciale – sezione polizza base.

Per le persone indicate, la copertura del Piano Base decorre in forma rimborsuale dalle ore 00 del 01/04/2014, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso da parte della compagnia del relativo premio.

Luogo e data

Firma del Pensionato/Superstite (leggibile) _____

Per le modalità di pagamento prendere visione del modulo "Modalità di Pagamento"

MODULO B

ADESIONE PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

Cassa Forense Iscritti - COMPILARE I CAMPI IN AZZURRO

da inviare firmato e compilato anche sul retro, unitamente alla copia del bonifico entro e non oltre il 30/05/2014, via mail a assistenzavendite@unisalute.it o via fax al numero 051/7096906, Att. Ufficio Assistenza Vendite

AFFINCHE' UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Vi ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati UniSalute – a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data	Nome e cognome dell'iscritto e C.F.	
	Firma dell'interessato	
Nome e cognome del coniuge/convivente Firma dell'interessato	Nome e cognome del familiare 1 * Firma dell'interessato	
Nome e cognome del familiare 2 * Firma dell'interessato	Nome e cognome del familiare 3 * Firma dell'interessato	

* Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti.

DATI ANAGRAFICI ISCRITTO

Io Sottoscritto/a _____ C.F. _____
 Cod. Mecc. n° _____ Nato a _____ Prov. _____ il _____
 Via/Piazza _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____
 N° cell./tel. _____ Mail _____

DATI ANAGRAFICI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale	Premio annuo
1)		Iscritto*		€ 805,00
2)		Coniuge/Conv.*		€ 644,00
3)		Figlio/a*		€ 476,00
4)		Figlio/a*		€ 476,00
5)		Figlio/a*		€ 476,00
6)		Altro familiare*		€ 805,00
7)		Altro familiare*		€ 805,00
TOT.				€ _____,00

* fino ad anni 80

Dichiaro di aver preso visione dei contenuti del capitolato speciale – sezione polizza integrativa e dei suoi termini di aspettativa (art.16).
 Comunico di voler acquistare il Piano Integrativo per l'annualità 01/04/2014 – 01/04/2015

- per me
 per me e il mio coniuge
 per me e per i miei familiari

Il Piano sanitario è attivabile solamente per i familiari inclusi nel Piano Base.

Per le persone sopraindicate, la copertura decorre in forma rimborsuale dalle ore 00 del 01/04/2014, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso da parte della compagnia del relativo premio.

Luogo e data

Firma dell'iscritto (leggibile) _____

Per le modalità di pagamento prendere visione del modulo "Modalità di Pagamento"

MODULO B

ADESIONE PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

Cassa Forense Pensionati non iscritti e Superstiti - COMPILARE I CAMPI IN AZZURRO

da inviare firmato e compilato, unitamente alla copia del bonifico entro e non oltre il 30/05/2014, via mail a assistentavendite@unisalute.it o via fax al numero 051/7096906, Att. Ufficio Assistenza Vendite

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Vi ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati UniSalute – a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data	Nome e cognome del titolare di polizza e C.F.	
	Firma dell'interessato	
Nome e cognome del coniuge/convivente Firma dell'interessato	Nome e cognome del familiare 1 * Firma dell'interessato	
Nome e cognome del familiare 2 * Firma dell'interessato	Nome e cognome del familiare 3 * Firma dell'interessato	

* Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti.

DATI ANAGRAFICI PENSIONATO NON ISCRITTO / SUPERSTITE

Io Sottoscritto/a _____ C.F. _____
 Cod. Mecc. n° _____ Nato a _____ Prov. _____ il _____
 Via/Piazza _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____
 N° cell./tel. _____ Mail _____

DATI ANAGRAFICI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale	Premio annuo
1)		Pens./Sup.*		€ 805,00
2)		Coniuge/Conv.*		€ 644,00
3)		Figlio/a*		€ 476,00
4)		Figlio/a*		€ 476,00
5)		Figlio/a*		€ 476,00
6)		Altro familiare*		€ 805,00
7)		Altro familiare*		€ 805,00
				TOT.
				€ _____,00

* fino ad anni 80

Dichiaro di aver preso visione dei contenuti del capitolato speciale – sezione polizza integrativa e dei suoi termini di aspettativa (art.16).
 Comunico di voler acquistare il Piano Integrativo per l'annualità 01/04/2014 – 01/04/2015

- per me
 per me e il mio coniuge
 per me e per i miei familiari

Il Piano sanitario è attivabile solamente per i pensionati/superstiti e per i familiari inclusi nel Piano Base.
 Per le persone sopraindicate, la copertura decorre in forma rimborsuale dalle ore 00 del 01/04/2014, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso da parte della compagnia del relativo premio.

Luogo e data _____ Firma del Pensionato/Superstite (leggibile) _____

Per le modalità di pagamento prendere visione del modulo "Modalità di Pagamento"