

Oggetto: ADESIONE ALLA POLIZZA INFORTUNI N. 430006018 DI GENERALI ITALIA / ASSOPENSIONATI BRE

Il/La sottoscritto/a _____, quale socio di codesta Associazione

nato/a a _____ il _____

residente in _____ (_____)

CAP _____

Via/Piazza _____ N. _____

Tel. : _____ Cell.: _____

e-mail: _____

CODICE FISCALE: _____

Coniuge (se si intende assicurare)

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

CODICE FISCALE: _____

CHIEDE/ONO DI ADERIRE ALLA POLIZZA INFORTUNI nell'oggetto indicata E DICHIARA/NO DI AVER PRESO VISIONE DELLE CONDIZIONI DESCRITTE NELL'ESTRATTO INVIATO, IN PARTICOLARE DELLA ANNUALITÀ DELLA COPERTURA **A DECORRERE OGNI ANNO DAL 1° LUGLIO FINO AL 30 GIUGNO SUCCESSIVO** E DELL'AMMONTARE DEL PREMIO ANNUO, AL MOMENTO DI 83,00 € PER OGNI ASSICURATO.

CHIEDE/ONO DI ADERIRE A PARTIRE DAL MESE DI (mese successivo alla adesione) A FRONTE DEL RELATIVO PREMIO FRAZIONALE.

AUTORIZZO L'ADDEBITO DIRETTO IN CONTO DEL SUDDETTO PREMIO ANNUALE (E DELL'EVENTUALE PREMIO FRAZIONALE) E DEI SUCCESSIVI RINNOVI, SULLA BASE DEL MODULO SEPA CORE A SUO TEMPO INVIATIVI.

(Luogo e data)

(Firma dell'Associato)

N.B. – Qualora venga assicurato anche il coniuge, questi deve compilare, firmare e far pervenire anche l'allegato modulo relativo alla privacy