MODULO A - PROROGA PIANO SANITARIO BASE
Cassa Forense Iscritti

da inviare firmato e compilato, unitamente alla copia del bonifico **entro e non oltre il 31/01/2014**,
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 _____ e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| del titolare di polizza *(in stampatello)* Firma dell'interessato
Nome e cognome _____ del Familiare 1* *(in stampatello)* Firma dell'interessato	Nome e cognome _____ del Familiare 2* *(in stampatello)* Firma dell'interessato
Nome e cognome _____ del Familiare 3* *(in stampatello)* Firma dell'interessato	Nome e cognome _____ del Familiare 4* *(in stampatello)* Firma dell'interessato
Nome e cognome _____ del Familiare 5* *(in stampatello)* Firma dell'interessato	Nome e cognome _____ del Familiare 6* *(in stampatello)* Firma dell'interessato
Nome e cognome _____ del Familiare 7* *(in stampatello)* Firma dell'interessato	Nome e cognome _____ del Familiare 8* *(in stampatello)* Firma dell'interessato

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

DATI ANAGRAFICI TITOLARE

Io Sottoscritto/a _____ C.F. _____

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

Via/Piazza _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____

N° cell./tel. _____

Codice IBAN _____

DATI ANAGRAFICI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

Nome e Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale	Premio Piano Base 3 mesi
1) vedi dati riportati sopra			**Iscritto**		**Offerto da CASSA FORENSE**
2)			**Familiare 1***		**€ 32,50**
3)			**Familiare 2***		**€ 32,50**
4)			**Familiare 3***		**€ 32,50**
5)			**Familiare 4***		**€ 32,50**
6)			**Familiare 5***		**€ 32,50**
7)			**Familiare 6***		**€ 32,50**
8)			**Familiare 7***		**€ 32,50**

** 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.*

IMPORTO TOTALE DA VERSARE **TOT.** .....

Le garanzie del Piano sanitario Base in essere rimangono invariate per il periodo di proroga 01/01/2014 31/03/2014. In qualità di iscritto, comunico di corrispondere il premio per la **proroga** del **Piano sanitario Base con le condizioni in essere,** per i miei familiari come sopra elencati.

Per il titolare 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 01/01/2014, 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 allegato alla mail "Modalità di Pagamento".