

compilare tutte le parti e scrivere in stampatello

Il sottoscritto _____
cognome nome

residente in via _____ n. _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____

codice fiscale _____ nato a _____

in data _____ dipendente c/o _____ prov. _____

luogo di lavoro _____ tel. ufficio _____

presa visione degli estratti di polizza **ADERISCE AD UNA DELLE SEGUENTI POLIZZE** stipulate in convenzione con una primaria Compagnia di assicurazione dalla FIBA SERVICE (* v. nota pag.9), di cui accetta le particolari condizioni di garanzia, che dichiara di conoscere ed accettare espressamente:

POLIZZA INFORTUNI BASE Capitale caso Morte Euro 10.330,00 Capitale caso Invalidità Permanente Euro 15.494,00	premio annuo 2015	premio semestrale 1/7 - 31/12/2015
	IAA 15,49	IAZ 7,75

POLIZZA INFORTUNI SUPPLEMENTARE (solo per chi nel 2015 ha già sottoscritto quella BASE a parte) Capitale: COMBINAZIONE "A" caso Morte elevazione da Euro 10.330,00 ad Euro 51.646,00 caso Invalidità Permanente elevazione da 15.494,00 a 51.646,00 Euro	IBA 45,96	IBZ 22,98
	COMBINAZIONE "B" caso Morte elevazione da Euro 10.330,00 ad Euro 103.291,00 caso Invalidità Permanente elevazione da 15.494,00 a 103.291,00 Euro	ICA 107,94

POLIZZA INFORTUNI BASE + SUPPLEMENTARE (per chi desiderasse sottoscriverle nello stesso momento) COMBINAZIONE "A" Capitale caso Morte Euro 51.646,00 Capitale caso Invalidità Permanente Euro 51.646,00	IDA 61,46	IDZ 30,73
	COMBINAZIONE "B" Capitale caso Morte Euro 103.291,00 Capitale caso Invalidità Permanente Euro 103.291,00	IEA 123,43

ADERISCE ALTRESI' ALLA POLIZZA FURTO DEL CONTENUTO DELL'ABITAZIONE PRINCIPALE (barrare con X l'importo) **DAA 95,54**

UBICAZIONE DEL RISCHIO: città' _____ prov. _____
 via _____ n. _____

TOTALE PREMIO RIMESSO A MEZZO BONIFICO BANCARIO Euro _____

Le garanzie assicurative scadono il 31/12/2015 indipendentemente dal giorno di adesione e non sono tacitamente rinnovabili. Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che, qualora svolgesse la propria attività in settore merceologico diverso da quelli di riferimento della FIBA/CISL o FCS/CDLS, la copertura assicurativa relativa alla/e polizza/e Infortuni é valida esclusivamente se adibito a mansioni impiegate e/o amministrative. Il sottoscritto alla data di sottoscrizione della presente adesione, dichiara di non essere a conoscenza di atti o fatti che possano far sorgere l'obbligo per la Società Assicuratrice al risarcimento di eventuali danni, cosciente che inesattezze contenute nella presente dichiarazione comportano l'inoperatività delle garanzie della polizza cui intende aderire. La responsabilità della FIBA SERVICE -PROMETEO 2000 Srl si intende esaurita con la trasmissione alla Compagnia assicuratrice (denominata in polizza come Società) dell'eventuale denuncia di sinistro pervenuta. Per quanto non espressamente riportato nelle condizioni in allegato stampate si farà riferimento alle condizioni delle singole polizze stipulate dalla Fiba Service-Prometeo 2000 Srl.

Firma

Ai sensi dell'art. 1341 cod. civ. approva specificatamente la suesposta clausola contenente la limitazione di responsabilità per la Fiba Service - Prometeo 2000 Srl. Preso atto dell'informativa ex art. 10 della legge 31.12.1996 n. 675, riportata a pag. 9 del presente opuscolo, acconsente ai sensi dell'art. 11 e seguenti della citata legge al trattamento dei propri dati personali nei termini indicati da Fiba Service-Prometeo 2000 Srl, tenuto inoltre conto che tali dati potranno essere dal sottoscritto, a termine di legge, consultati, modificati o integrati o cancellati in qualsiasi momento scrivendo alla predetta società.

Data _____

Firma

Il bonifico bancario va effettuato sul conto n. 7000 presso Unipol Banca, Filiale Ancona (Iban: IT 74 F 03127 02600 000000007000) a favore di ASSIADRIATICA SRL via XXIX settembre 2 - 60122 ANCONA

La presente scheda deve **SEMPRE** essere trasmessa per posta o via fax, con allegata copia del bonifico **bancario individuale**, alla FIBA SERVICE-PROMETEO 2000 SRL - Via Corinaldo 18 - 60128 Ancona - Fax 0712803905-Tel. 071893893 - 071899560.