

COPERTURA INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI

MODULO DI ADESIONE IN CORSO D'ANNO ASSICURATIVO

per il periodo dal 01/08/2010 al 28/02/2011

Convenzione EMAPI numero 010451200S

Compilare con attenzione il modulo in ogni sua parte. In particolare, è indispensabile compilare l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

*Per l'attivazione della polizza, il presente modulo, unitamente alla ricevuta di pagamento, potrà essere anticipato via fax al numero **06.4425.2624** o via e-mail ad: amministrazione@emapi.it e successivamente dovrà essere inviato in originale tramite posta a: **EMAPI - Via Lazzaro Spallanzani, 24 - 00161 Roma***

Il sottoscritto (Nome e Cognome).....	
Nato/a il	a C.F.
Indirizzo..... Cap..... Città..... Prov.	
Indirizzo e mail.....Numero di Tel/Fax.....	
<input type="checkbox"/> Professionista/Pensionato iscritto all'EPAP	<input type="checkbox"/> Professionista iscritto all'Ordine dei Chimici
CHIEDE di poter usufruire delle prestazioni di seguito individuate	
<i>Garanzia per la quale si richiede la copertura</i> <i>(si prega di barrare la casella del contributo da corrispondere)</i>	
GARANZIA 1 BASE	
Somme assicurate	
Morte: €150.000 – Invalidità permanente: €200.000 (franchigia del 3% e sopravvalutazione dal 60% al 100%)	
Diaria: €60 (massimo 30gg. e franchigia di 3gg.)	
1.a <input type="checkbox"/> Contributo per professionista	€ 117
1.b <input type="checkbox"/> Contributo per nucleo familiare (compreso il professionista) *	€ 159 (La diaria è sostituita con un rimborso spese mediche per un massimo di euro 5.000)

GARANZIA 2 RADDOPPIO DELLE SOMME ASSICURATE	
Somme assicurate	
Morte: €300.000 – Invalidità permanente: €400.000 (franchigia del 3% e sopravvalutazione dal 60% al 100%)	
Diaria: €60 (massimo 30gg. e franchigia di 3gg.)	
2.a <input type="checkbox"/> Contributo per professionista	€ 237
2.b <input type="checkbox"/> Contributo per nucleo familiare (compreso il professionista) *	€ 362 (La diaria è sostituita con un rimborso spese mediche per un massimo di euro 10.000)

* le **somme assicurate e il massimale** per le spese sono da dividersi per i componenti del nucleo familiare e la sopravvalutazione è applicata esclusivamente al professionista.

Dichiara di aver preso visione delle condizioni generali della Convenzione stipulata da **EMAPI** con **ACE Europe**, della nota informativa precontrattuale e si impegna a consegnarne copia ai familiari per i quali richiede l'inserimento in copertura.

Le condizioni e la nota informativa di cui trattasi sono visionabili sul sito www.emapi.it.

La copertura decorre dalle ore 00.00 del 01 agosto 2010 sino alle ore 24.00 del 28 febbraio 2011 a condizione che il modulo sia inviato ed il versamento sia effettuato entro le ore 00.00 del 01 agosto 2010.

Per tale ultimo aspetto rileva la data ordine bonifico.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali secondo l'Art. 13 D. Lgs. 196/2003

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto in ogni sua parte dall'Interessato al trattamento dei dati. Con la sottoscrizione del presente modulo si dichiara di aver ricevuto da EMAPI l'informativa di cui all'art.13 del D. Lgs. 196/2003, disponibile sul sito www.emapi.it, e di averne comunque preso visione e si fornisce il consenso al trattamento dei dati personali da parte di EMAPI.

Luogo e Data..... **Firma del titolare**

Modalità di pagamento

Il pagamento potrà essere effettuato a mezzo bonifico bancario a favore di:

EMAPI
BANCA POPOLARE DI SONDRIO
CODICE IBAN IT46 R056 9603 2110 0000 7799 X43

La causale dovrà riportare **CODICE FISCALE** e **NOME E COGNOME DELL'ISCRITTO TITOLARE**