



## MODULO ADESIONE FORMULE INTEGRATIVE POLIZZA INFORTUNI FEDERALE

**Da inviare a AON S.p.A. a mezzo e-mail all'indirizzo [federginnastica@aon.it](mailto:federginnastica@aon.it), allegando fotocopia del bonifico effettuato di € 8,00 ("A") o di € 25,00 ("B")**

**Oggetto: adesione alle formule integrative previste dalla polizza infortuni UNIPOL n° 196972264**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

Telefono/Cell. \_\_\_\_\_ E-mail (obbligatoria) \_\_\_\_\_

**Con la presente intende aderire alla seguente formula integrativa:**

☐ Formula "A" (aggiunge le seguenti somme assicurate e garanzie a quelle già previste dalla polizza federale):

- Caso Morte: € 20.000
- Caso Invalidità Permanente: € 20.000 (Franchigia al 5%)
- Diaria ricovero: € 25,00 euro

**Premio lordo pari a € 8,00**

☐ Formula "B" (aggiunge le seguenti somme assicurate e garanzie a quelle già previste dalla polizza federale):

- Caso Morte: € 20.000
- Caso Invalidità Permanente: € 70.000 (Franchigia al 5%)
- Diaria ricovero e da gessatura € 25,00

**Premio lordo pari a € 25,00**

e dichiara di aver effettuato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ il versamento del relativo premio sul c/c bancario intestato ad Aon S.p.A. avente **IBAN IT85E0200805351000500073869 - SWIFT CODE: UNCRITMMMS**

Firma \_\_\_\_\_

Nota bene: la copertura assicurativa prevista dall'adesione alla formula integrativa prescelta decorre dalle ore 24,00 del giorno di avvenuto pagamento e deve intendersi in essere fino al successivo 31.12 dell'anno di conseguimento.

Ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101. si dichiara di essere informati che:

- l'invio dei dati contenuti nel presente modulo è finalizzato alla gestione della copertura assicurativa relativa alla polizza in oggetto;
- il conferimento dei dati è indispensabile ai fini della gestione della copertura;
- il rifiuto al conferimento non consente la gestione della copertura;
- i soggetti o le categorie di soggetti cui possono essere comunicati i dati sono:
  1. la Compagnia assicurativa UNIPOL
  2. la Federazione Ginnastica d'Italia.

I diritti dell'interessato sono quelli previsti Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101.

Si dichiara di: ☐ consentire ☐ non consentire  
al trattamento dei dati contenuti nel presente modulo.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_