Spett. SAFED – Sindacato Autonomo Bancari Via Leonardo Sciascia, c/o Par.S.Francesco 98168 Messina
p.c. Spett. UNIPOLSAI ASSIC. - Agenzia AssiPuleo s.n.c. – 1570 Via M.se di Villabianca, 120 - 90143 PALERMO

(compilare in stampatello ed inoltrare in duplice originale al SAFED)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a ..... il ..... e residente a ..... CAP ..... in via/piazza ..... n. ..... telefono ....., nella qualità di iscritto/a, autorizza cotesto SAFED a sottoscrivere in proprio nome e conto la Polizza Sanitaria "GRANDI INTERVENTI", delle cui "Condizioni Generali" dichiara di avere piena conoscenza, al fine di fruire dell' assistenza sanitaria, unitamente ai propri familiari conviventi di seguito elencati, per l'anno 2020.

Allega copia di bonifico intestato al SAFED di importo corrispondente al premio annuale come da seguente dettaglio.

N.ro	COGNOME E NOME di tutti i familiari fiscalmente a carico	Rapporto di parentela	Data di nascita	Premio *(a)* annuale
1				====
2				====
3				====
4				====
5				Euro 500,00
	COGNOME E NOME di tutti gli altri familiari (*nessuno escluso*) NON fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia, ai quali si vuole estendere l' assistenza sanitaria, e/o della convivente "more uxorio" *(indicando nell' ultima colonna Euro 300,00 per ognuno di essi)*			
6				Euro
7				Euro
8				Euro
9				Euro

TOTALE Euro *(b)* ==========

(a) La misura e le modalità di riconoscimento all' UNIPOLSAI del premio assicurativo sono disciplinate dalle Condizioni particolari di Assicurazione (pag. 3 delle "Condizioni Generali").

(b) Il premio annuale, aumentato dell' eventuale premio di Euro 300,00 per ogni familiare convivente NON fiscalmente a carico, va versato con bonifico sul c/c (*codice IBAN IT 32 V 02008 04652 000300152578*) del SAFED presso la Filiale Palermo Sciuti, in Via Giuseppe Sciuti, 138 ed inviare la copia, unitamente alla presente adesione, alla sede del SAFED – c/o A. Gravina via L. Sciascia 32 Cond. "Costanza" 98122 MESSINA

(c) All' uopo :

- dichiara espressamente, sotto la propria responsabilità, che i dati sopra indicati corrispondono alla realtà ;
- e si obbliga a comunicare le eventuali variazioni che interverranno con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza per ciascuno di detti familiari .

Data ..... Firma .....

Dichiara/no, inoltre, ai sensi dell' art. 10 della L. 675/96, di dare liberamente il consenso al SAFED ed all'UNIPOLSAI Assicurazioni per il trattamento dei propri dati personali e sensibili .

Data ..... Firma .....

(firme dei familiari maggiorenni e/o della convivente "more uxorio" ai quali è stata estesa l