

Spett.le

UNIONE NAZIONALE FRA I PENSIONATI DEL BANCO DI NAPOLI  
VIA P.E. IMBRIANI, 9 - 80132 - NAPOLI

Scheda di adesione alla polizza "Convenzione malattie" con "Cattolica Assicurazioni"

TITOLARE DELLA POLIZZA - Il sottoscritto pensionato .....

Codice Fiscale ..... nato il .....

Indirizzo ..... Cap ..... Località ..... (.....)

chiede l'adesione per sé e per i propri familiari conviventi, fiscalmente a carico (e non) ed i figli non conviventi fino a 35 anni, per il periodo 1.1.2015 / 31.12.2015.

Sceglie di aderire alla polizza con la seguente formula (contrassegnare il tipo di polizza):

- Polizza LIGHT
- premio pro-capite € 140 per il titolare, coniuge convivente (o non convivente) e figli conviventi (o non conviventi fino 35 anni), fiscalmente a carico (o non a carico)
- Polizza TOP
- premio € 850 per il titolare (se unico assicurato)
  - premio € 1.100 per il nucleo familiare (titolare, coniuge e figli conviventi e fiscalmente a carico)
  - per ogni familiare convivente non fiscalmente a carico, premio aggiuntivo pro-capite di € 400
  - per coniuge e figli (fino 35 anni) non conviventi, premio aggiuntivo pro-capite di € 400

Il richiedente chiede di assicurare i seguenti componenti il nucleo familiare e dichiara sotto la propria responsabilità (ai sensi del DPR 445/2000) che i dati corrispondono al vero.

Nominativo	Sex	Data nascita	Codice Fiscale	Parentela	A carico	Conviv.
Totale del premio:					€	

Comunica che intende utilizzare la seguente modalità di pagamento per il versamento del premio annuale:

- In unica soluzione a mezzo SEPA (ex RID) bancario.
- In unica soluzione con pagamento a mezzo bonifico bancario – IBAN IT93U0335901600100000069481 (Banca Prossima - Filiale 05000)
- In sei rate con maggiorazione di € 3,00 a rata per spese d'incasso.

Prende atto delle disposizioni di cui al Decreto Legge 196/03 art. 13 e segg., relativo al trattamento dei dati personali, acconsente alla comunicazione dei suddetti dati personali ai soggetti preposti. Resta inteso che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data .....

Firma .....

Il sottoscritto, a sensi del regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010, dichiara di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente adesione, sul sito Internet [www.upbn.it](http://www.upbn.it), della nota informativa e delle condizioni di assicurazione.

Data .....

Firma .....