



Unione Nazionale fra i Pensionati  
del Banco di Napoli

## SCHEDA DI ADESIONE

Segnare le modifiche solo in caso di effettive variazioni. Se si intende confermare la situazione attuale, è sufficiente soltanto firmare la scheda.

Per eliminare un componente del nucleo assicurato barrare in maniera evidente l'intero rigo.

Nominativo	Codice UPBN	Codice Fiscale	Data di nascita	Sesso	Gruppo	Tipo Polizza

Residenza	Telefono	Cellulare	Pagamento	Rate	IBAN
V					

DATI ATTUALI								A CARICO		CONVIVENTE	
Nominativo	Nascita	Sex	Cod. Fiscale	Parentela	A carico	Conv.	Scadenza	SI	No	SI	No
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventuali nuovi familiari											
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dichiaro di non voler rinnovare la polizza sanitaria integrativa.

\_\_\_\_\_   
Data

\_\_\_\_\_   
Firma

oppure

Dichiaro di voler aderire alla nuova polizza sanitaria integrativa descritta nella lettera di accompagnamento.

\_\_\_\_\_   
Data

\_\_\_\_\_   
Firma

Per eventuali ulteriori modifiche contattare la segreteria del UPBN.