



GENERALI
Assicurazioni Generali



Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. 263669401 Assicurazioni Generali S.p.A.

- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il pensionato del C.N.V.V.F., del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo (casa) _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Cell. _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

- ☐ Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____
- ☐ Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____

chiede di aderire alla copertura sanitaria volontaria

e di estendere l'adesione alla copertura per il proprio nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio (C) e figli (F) risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati.

A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Codice fiscale	Parentela

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € _____ per l'annualità 31/01/10 – 31/01/11 sul c/c postale n° 2564040 intestato alla Taverna S.r.l. in data _____ di cui allega matrice originale del bollettino di versamento.

La durata della convenzione è di anni 4. Qualora venisse meno uno dei versamenti annuali, si perde il diritto di rientrare nella garanzia per gli anni successivi.

La modulistica (Modulo adesione, Modello Privacy*, matrice originale del bollettino di versamento) deve essere restituita compilata e sottoscritta (ed anticipata a mezzo fax al numero 010 / 593967) entro e non oltre il 31/05/2010 alla Taverna S.r.l. - Ufficio dedicato VV.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010 / 5725.1

Data _____ Firma (richiedente) _____

* sul retro Modello "Privacy" (D. Lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente dall'assicurato e da ogni componente il suo nucleo familiare (firma del genitore in caso di minore).